

Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie

**Wissenschaftliches Organ
des Berufsverbandes
Deutscher Nervenärzte**

**Mitteilungsblatt der
Viktor von Weizsäcker
Gesellschaft**

Herausgegeben von

Uwe Henrik Peters, Köln
Kurt Heinrich, Düsseldorf
Joachim Klosterkötter, Köln
Bernhard Neundörfer, Erlangen

**Für den Bundesverband
Deutscher Nervenärzte**

Sigrid Planz-Kuhlendahl,
Offenbach/Main

Begründet von

August Bostroem und
Johannes Lange

Georg Thieme Verlag
Rüdigerstraße 14
D-70469 Stuttgart
Postfach 301120
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

Tagungsbericht

„Arzt und Kranker“

4. Jahrestagung der Viktor von Weizsäcker Gesellschaft in Verbindung mit der Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover, am 30. und 31. Oktober 1998 im Leibniz-Haus, Hannover

Der Titel dieser Tagung bringt einen Aufsatzband aus dem Jahr 1941 in Erinnerung, in dem Viktor von Weizsäcker jene Texte versammelte, die – obgleich am Rande experimenteller und klinischer Arbeiten entstanden – in programmatischer Weise Anspruch und Tragweite seiner Medizinischen Anthropologie formulieren.¹ Die „Frage nach dem Ärztlich-Eigentümlichen“, die zugleich eine „Frage nach dem Wesen der Krankheit“ ist, läßt ihn eine „Lehre vom ärztlichen Verstehen“ entwerfen, die nicht dem Verstehen der Krankheiten gilt, sondern der *Not der Krankheit* und dem, „was dem Kranken nottut“. Sofern die Krankheit als eine „Weise des Menschseins“ etwas mit den Wahrheiten und Unwahrheiten des Lebens zu tun hat, gerät sowohl die Beziehung zwischen Arzt und Patient wie auch „die Art und Form des ärztlichen Wissens“ in ein neues Licht.² Aber auch angesichts der aktuellen Situation im Gesundheitswesen – seien es die Probleme der Finanzierbarkeit, der Verteilungsgerechtigkeit oder der ethischen Verantwortbarkeit – erhebt sich mehr denn je die Forderung nach einer Reformierung der Leitorientierungen medizinischen Denkens und Handelns. Inwieweit hierbei der Weizsäckerschen Formel von der „Einführung des Subjekts in die Medizin“, wie sie sich insbesondere in seiner „biographischen Methode“ darstellt, mehr als nur historischer Wert zukommt, wurde unter verschiedensten Aspekten zur zentralen Frage der Tagung.³

Die von dem Psychosomatiker Wolfgang Eich (Heidelberg) ausführlich vorgestellte klinische Fallgeschichte führte gleich zu Beginn zu dem programmatischen Resümee, daß der Verlauf einer Krankheit von der Lebensgeschichte des Patienten nicht zu trennen sei. Am Beispiel eines ehemaligen Boxers, der an Polimyositis erkrankt war, und aufgrund seiner Angst vor Muskelschwund eine verordnete Kortisontherapie nicht befolgte, konnte der hohe Stellenwert der Vertrauensbasis von Arzt und Patient deutlich gemacht werden. Ausbleibende Therapieerfolge seien oft ohne Verständnis für die Biographie des Patienten nicht erklärbar. Damit bezog sich Eich auf den von Viktor von Weizsäcker in der Gestaltkreislehre vertretenen Standpunkt, daß die Beobachtung physiologischer Abläufe auf diese selbst nicht ohne Einfluß bleibe. Weizsäcker habe die Subjektivität des Beobachters der vermeintlichen Objektivität

des physikalischen Weltbildes entgegengestellt. Rein organische und rein psychische Betrachtungsweisen einer Erkrankung müßten als Extremstandpunkte angesehen werden, die klinischer Realität nicht gerecht würden. Die Anerkennung der Person und der Subjektivität des Patienten über die Symptomatik hinaus kennzeichne eine humane Medizin. Die Diskrepanz zwischen objektiven Befunden und subjektiven Schilderungen der Patienten zeige die Unzulänglichkeit methodischer Engführungen. Auch heute – fast 60 Jahre nach der Gestaltkreislehre Viktor von Weizsäckers – sei die alltägliche medizinische Praxis weit davon entfernt, die Subjektivität des Patienten konsequent zu integrieren. Mit Blick auf die Zukunft machte Eich auf das Fehlen einer grundlegenden, systematischen Form zur Bestimmung klinisch relevanter Forschungsziele aufmerksam. Insbesondere eine Erhebung des Forschungsbedarfs in Gebieten wie „Evidence Based Medicine“ oder „Public Health“ sei nötig. Obwohl die Wirksamkeit einer guten Arzt-Patient-Beziehung in der Psychotherapie hinreichend belegt sei, müsse die praktische Umsetzung theoretischer Erkenntnisse immer neu eingefordert werden. Hierzu könne auf eine Grundhaltung Weizsäckers verwiesen werden, wonach nicht die Forderung, sondern der Vollzug einzig und allein wirksam sei.

Ivan Illichs pointierte Formulierung, daß die etablierte Medizin sich zu einer ernststen Gefahr für die Gesundheit entwickelt habe, diene der Sozialwissenschaftlerin Annelie Keil (Bremen) als Motto ihres Beitrages. Auf dem Weg von der Symptomerfahrung zur organischen Krankheit gehe nicht nur das Subjekt verloren, vielmehr werde in pathogener Weise die je eigene Verantwortung für die Gesundheit an Spezialisten und Institutionen abgetreten. Gesundheit stelle hierbei mehr dar als die Abwesenheit klinischer Befunde, sie müsse als eine individuelle und kollektive Aufgabe verstanden werden, die vom er-

¹ Viktor von Weizsäcker, *Arzt und Kranker*. Koehler & Amelang, Leipzig 1941. Neben anderen Texten enthält dieser Band gleichsam die Grundtexte der Medizinischen Anthropologie. Dies betrifft sowohl die drei in der gemeinsam mit Martin Buber und Joseph Wittig herausgegebenen Zeitschrift „Die Kreatur“ erschienenen Aufsätze „Der Arzt und der Kranke“ (1926), „Die Schmerzen“ (1926), „Krankengeschichte“ (1928); als auch die beiden vor philosophischen Gesellschaften gehaltenen Vorträge „Über medizinische Anthropologie“ (1927) und „Kranker und Arzt“ (1929).

² Viktor von Weizsäcker, *Der Arzt und der Kranke* (1926), in: *Ges. Schriften*, Bd. 5, S. 9–26, hier S. 11, 14, 16. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1987.

³ Vgl. Viktor von Weizsäcker, *Studien zur Pathogenese* (1935), in: *Ges. Schriften*, Bd. 6, S. 253–330.

kranken Menschen, seiner Umgebung und den Begleitern des Kranken Selbsterkenntnis, Selbstreflexion und Selbstdisziplin erfordere. „Der Begriff von Gesundheit und Krankheit wird durch viele verschiedene Faktoren geprägt: Von der Form von Arbeit und Muße, der Herstellung und dem Verzehr von Nahrung, von familiären und erzieherischen Strukturen ebenso wie von politischen und administrativen Strukturen.“ Mit diesem interaktiven Gesundheitsverständnis korrespondiere ein Recht des Patienten auf die Erfahrung und Reflexion seiner Krankheit. Das „Recht auf Krankheit“, wie es Annelie Keil nennt, sei wichtig, weil Krankheitsarbeit Zeit brauche. Im Gesundungsprozeß lerne der Patient, die neue Gestalt des Subjekts vor dem Hintergrund der eigenen Geschichte zu verstehen. Deshalb sei die Krankheitsverarbeitung in höchstem Maße schützenswert.⁴ Am Anfang einer Erkrankung seien Arzt und Patient gleichermaßen auf der Suche nach der Ursache für die Beschwerden. Doch mit der Häufung der Befunde schwinde zunehmend das Recht des Patienten auf seine Selbstdefinition und Selbstorganisation. Ihm werde suggeriert, daß er sich nicht mehr um sich selbst zu kümmern brauche, wodurch die Verantwortung auf den Arzt übergehe. Dieser aber habe bei der hohen Erwartungshaltung, die an ihn gerichtet werde, kaum die Möglichkeit, den eigenen Unsicherheiten und dem eigenen Zögern Raum zu geben. Daher sei mehr ‚Langsamkeit‘ beim Diagnostizieren zu fordern. Hiermit verbinde sich eine genauere Wahrnehmung der einzelnen Schritte auf dem Weg zur Rollenübernahme als Patient. Beginnend mit der Selbstwahrnehmung von Störungen oder Beschwerden, womit Desorientierung und Angst, aber auch die Suche nach Erklärungen und Versuche zur Selbsthilfe einhergehen, ergäbe sich eine Situation, in der die Weizsäcker'schen Fragen nach dem „Warum gerade jetzt?“ und „Warum gerade hier?“ einen idealen Zugang zum Subjekt des Erkrankten bieten würden. Die im Umgang mit der Erkrankung gesammelten Erfahrungen könnten dann in der therapeutischen Beziehung für den Arzt hilfreich sein. Auch für die dem Arztbesuch folgende Diagnosestellung, die meist mit einem Behandlungskonzept verbunden ist, stelle sich die Frage, inwieweit die Kompetenz der betroffenen Person kritisch einbezogen werden müsse. Zu häufig führe die übernommene Patientenrolle dazu, daß der Patient seine Eigenbeteiligung am Gesundungsprozeß aufgebe. Überdies wisse die Medizin noch viel zu wenig über den Verlauf und den Ausgang, den eine Krankheit vor dem ‚Patientwerden‘ und im Gesundungsprozeß nach dem therapeutischen Aufenthalt nimmt. Dies sei eine der noch unzureichend ernstgenommenen Ursachen für auftretende Unsicherheiten, Behandlungsfehler und Fehldiagnosen.

Der Sozialmediziner Alexander Schuller (Berlin) statuierte am Beispiel des von Weizsäcker 1930 im Springer-Verlag veröffentlichten Textes „Soziale Krankheit und soziale Gesundheit“ den Versuch einer kritischen Relektüre, wobei er insbesondere auf die Problematik der Totalität einging, die dem Konzept einer ganzheitlichen Medizin innewohne.⁵ Den Schwerpunkt

des Textes bilde eine noch heute aktuelle Forderung, nämlich der Übergang „aus der statischen zur dynamischen Krankheitslehre“, wodurch „die Medizin als entscheidend nicht nur causa und sedes morbi, sondern die Schicksalsbildung und -lenkung des Kranken in der Zeit“ begreifen werde. An die Stelle der Kausaltherapie trete dann „die sie einschließende *Situationstherapie*“. Am Beispiel der für die Psychoanalyse paradigmatischen individuellen Neurose, die „sich auf dem Hintergrund einer sozialen, politischen und geschichtlichen Werdekrankheit und eines Wertewandels abhebt“, beschreibe Weizsäcker die elementare Bedeutung der „menschlichen Situation“, denn jede Krankheit trete „im Gefüge einer Situation“ an den Arzt heran.⁶ In der Mißachtung dieses Situationsgefüges liege die Gefahr einer institutionellen Allmacht, wie sie aus einem biopsychosozialen Rehabilitationsmodell für Neurotiker hervorgehen könne. Weizsäcker habe Kritik an einer sozialen Differenzierung geübt, um dem Auseinanderfallen der Erlebniswelten – zum Beispiel von Arzt und Patient – entgegenzuwirken. Er habe sich auch gegen eine Aufteilung der Therapie in verschiedene Fachdisziplinen ausgesprochen. Es bestehe indes eine gemeinschaftliche Verantwortung für die Erkrankung des Patienten. Durch die Isolation von Neurosekranken werde diese Verantwortung nicht wahrgenommen. Das Ziel Weizsäcker's sei die Gründung einer Arbeitsgemeinschaft mit dem Patienten gewesen, um gemeinsam „an den Tatort der Neurose“ zu gehen.⁷ Auch wenn Weizsäcker selbst den Begriff „Ganzheitliche Medizin“ stets vermieden habe, spreche aus seinem Denken die latente Utopie der Totalität. Doch ist er den hinter dieser latenten Utopie verborgenen Konsequenzen nicht explizit nachgegangen. Aber auch der Begriff der „Arbeitsfähigkeit“ sei bis heute unzulänglich definiert. Noch immer gebe es kein ‚Instrument‘, um Arbeitsfähigkeit zu erkennen, ja man könne sogar davon sprechen, daß Arbeitsunfähigkeit und Krankheit auf ärztlicher Ebene inkommensurabel seien. Schuller verwies daher auf die Unverzichtbarkeit eines gesamtgesellschaftlichen Konsensus, zumal weder der Begriff der Arbeit noch der der Krankheit unabhängig von den kulturellen Wandlungen der Moderne bestimmt werden könne. Sowohl die mangelnde identitätsstiftende Potenz moderner Beschäftigungsverhältnisse als auch die besorgniserregende Ungleichverteilung von Arbeit gebe Anlaß zu völlig neuen Bewertungen. Solchen Veränderungen stehe freilich die im öffentlichen Bewußtsein noch weitgehend unangefochtene Machtposition der Ärzte gegenüber, womit der künftige Stellenwert der Medizin selbst zu einem streitbaren Thema werde.

Helmuth Stolze (München) gab einen eindrucksvollen Bericht zum „intrapersonalen Beziehungsproblem“ des Arztes, der zum Patienten wird. Er schilderte an eigenem Beispiel, wie er durch den Sturz vom Zwetschenbaum aus seiner Lebenssituation herausfiel. „Die mangelnde Krankheitseinsicht läßt den Arzt am Anfang mehr Patient sein, als er selber weiß“, resümierte Stolze seine Erfahrung. Durch die Art seiner Selbstbeobachtung habe er in Distanz zu sich selbst gestanden und sei nicht in der Lage gewesen, seine Kompetenz abzugeben. Das Resultat: „Man wird zum Besserwisser“. Mehrere Phasen seien für die nachfolgende Situation charakteristisch gewesen. Der

⁴ Ohne daß es von der Referentin explizit ausgeführt wurde, klingt hier Viktor von Weizsäcker's Forderung nach einer Habeas Corpus-Akte der Medizin an, deren Ziel dem Schutz jener Arbeit gilt, die als Krankheitsarbeit „von keiner anderen Macht in Anspruch genommen werden“ darf. Vgl. Zum Begriff der Arbeit. Eine Habeas Corpus-Akte für die Medizin? (1948), in: Ges. Schriften, Bd. 8, S. 222 – 267, hier S. 264.

⁵ Viktor von Weizsäcker, Soziale Krankheit und soziale Gesundheit (1930), in: Ges. Schriften, Bd. 8, S. 31 – 95.

⁶ Viktor von Weizsäcker, a. a. O., S. 39 f., 44.

⁷ Viktor von Weizsäcker, a. a. O., S. 50.

anfänglichen Regression durch die Tatsache, bei den alltäglichen Verrichtungen auf fremde Hilfe angewiesen zu sein, folgte die Befriedigung beim langsamen Wiedererlangen der körperlichen Autonomie. Nachdem man realisiert und akzeptiert habe, krank zu sein, werde man sich bewußt, daß der vorige Zustand niemals wieder erreicht werden könne: „Nichts mehr wird wie vorher sein“. Dieser Bewußtwerdung folge eine Veränderung des Bewußtseins – „Ein schwebender Zustand als Prozeß des Dahindämmerns und der notwendigen Ohnmacht des Loslassens von Macht und Machbarkeit.“ Dieser Prozeß finde parallel zur alltäglichen Pflegeroutine statt und sei nicht auf einen konkreten Zeitpunkt festlegbar. Er stelle den Übergang zwischen der Chance des Neuwerdens und der Gefahr des Absackens dar. Dabei sei nicht die Quantität der Zeit, sondern ihre Qualität entscheidend. „Das andere Ufer“ sei erreicht, wenn eine innere Gegenbewegung von der Passivität zur Aktivität einsetze. Obwohl sich an der äußeren Situation objektiv nicht viel geändert habe, sei er alsdann subjektiv kein Kranker mehr gewesen. Am Ende stehe aber die Frage nach dem Sinn des Krankseins. Sein Arztsein habe das Patientsein ebenso beeinflusst, wie das Patientsein das Arztsein. Ein Wechsel zwischen den Rollen war unmöglich. „Als drittes Wesen ist der Arztpatient entstanden.“ Geblieben sei eine gesteigerte diagnostische Fähigkeit durch die veränderte Qualität der Wahrnehmung. Um mit Viktor von Weizsäcker zu sprechen: „Um Lebendes zu erforschen, muß man sich am Leben beteiligen“.⁸

Unter dem Titel „Weizsäcker und Balint“ – eine nicht stattgefundene Begegnung“, verglich Torsten Passie (Hannover) den Werdegang, die inhaltlichen Ziele und die Anliegen dieser beiden Arztpersönlichkeiten. Nach Balint werde der Arzt durch das Bedürfnis zum Selbstschutz zur intensiveren Beschäftigung mit der Erkrankung als mit dem Patienten selbst geführt. Die Wirkung der Droge Arzt sollte nicht dem Zufall überlassen bleiben; so werde die autogene Krankheitsvorstellung der Patienten durch den Arzt in eine iatrogene Krankheitsvorstellung umgedeutet. Mit der Gründung von „Balint-Gruppen“ als Grundprinzip einer patientenzentrierten psychosomatischen Medizin habe Balint über die Selbstreflexion des Arztes die tiefenpsychologische Einbeziehung der Patientenpersönlichkeit in die Therapie erreicht. Weizäckers Anliegen gelte hingegen mehr einer philosophisch inspirierten Kritik an den Grundlagen der Naturforschung. Er habe versucht, das medizinische Kausaldenken mit einem biographisch orientierten Krankheitsverständnis zu überwinden, was sich besonders in seinen Konzepten von der „Wirksamkeit des ungelebten Lebens“, der „Krankheitsarbeit“ und der „Krise“ zeige. Eine große Gefahr sah er in der zunehmenden Technisierung der Medizin, die eine Verdinglichung des Menschen zur Folge habe. Doch warnte er gleichzeitig vor einer einseitigen Psychologisierung. Eine Gemeinsamkeit könne darin gesehen werden, daß von beiden Entwürfen her der Eindruck entstehe, als ob die Erfahrung des Krankseins zum Sinn des Daseins führe. Auch werde jeweils von einem Konzept innerer Konflikte ausgegangen, womit sich der Begriff des Widerstandes verbinde. Um so überraschender erscheine die unterschiedliche Verbreitung der Werke. In der Diskussion wurde deutlich, daß hierfür zwei nahezu konträre Lektüererfahrungen ausschlaggebend sind. Habe der sprachli-

che Gestus und der wenig systematische Charakter des Weizäckerschen Werkes dessen Verbreitung wohl eher eingeschränkt, so müsse bei der Rezeption Balints von der Wirkung eines ‚Verführers‘ gesprochen werden. Nur so sei es möglich gewesen, daß Balint zum Wegbereiter eines neuen Verständnisses der Arzt-Patient-Interaktion werden konnte.

Die weithin geübte Kritik am Gesundheitswesen bleibt wirkungslos, sofern es nicht gelingt, den Ausbildungskanon für ärztliche und pflegerische Berufe deutlich zu reformieren. Der Frage nach Inhalt und Struktur anthropologischer Aspekte dieser Reform widmet sich eine Arbeitsgruppe der Viktor von Weizsäcker Gesellschaft. Als Mitglied dieser Arbeitsgruppe gab der mit alternativen Studienformen vertraute Neurologe Wilhelm Rimpau (Berlin) einen Überblick zu internationalen Reformversuchen. Den Ausgang bildete die bemerkenswerte Studie des amerikanischen Epidemiologen Kerr White von 1992, wonach von 1000 Probanden in einem Monat 750 diverse Beschwerden und Erkrankungen erleiden, davon aber nur 250 einen Arzt konsultieren, wobei 9 in einem Krankenhaus behandelt und 5 an einen Facharzt verwiesen wurden – doch nur einer von diesen gelange in ein Universitätsklinikum.⁹ Damit verweise allein schon die epidemiologische Struktur des für die medizinische Ausbildung relevanten Patientengutes auf ein massives anthropologisches Defizit. Die für das Erscheinungsbild einer Krankheit nicht unwesentlichen Wege und Umwege der kranken Menschen bleiben dem in der Ausbildung befindlichen zukünftigen Arzt zumeist verborgen. So sollte weniger die differenzierte Nosologie der Bildungsmedizin als vielmehr die Weizäckersche Formel vom ‚kranken Menschen in seiner Situation‘ zum Leitgedanken der ärztlichen Ausbildung werden. Rimpau verwies auf 4 exemplarische Modelle in Kanada, New Mexico (USA), Israel und Ägypten, bei denen im Sinne eines an den Bedürfnissen der Bevölkerung orientierten Curriculum praxis- und patientenorientierte Ausbildung erfolge. Wegweisend sei hierfür die zu Beginn der 70er Jahre von H. S. Barrows eingeführte Methode des problemorientierten Lernens. Dies führe freilich auch zu veränderten Prüfungsformen, bei denen Interesse, Lernmotivation, Zufriedenheit und Selbstkontrolle der Studenten von Bedeutung sind. Überraschend und zugleich ärgerlich sei es, daß hierzu schon 1910 in Form des berühmten „Flexner-Reports“ (1927 in Deutsch) und 1913 von W. Osler im *Lancet* solide empirische und methodologische Untersuchungen vorgelegt wurden, ohne daß sie hinreichend wahrgenommen worden wären.¹⁰ Die Situation in Deutschland betreffend, berichtete Rimpau von seinen Erfahrungen an der Reformfakultät der Universität Witten/Herdecke und skizzierte in groben Zügen die mit Theodor Billroth 1876 beginnenden, über Prinzhorn, Kraus, Krehl und Weizsäcker bis hin zu Thure von Uexküll und den „Murrhardter Kreis“ führenden Reformbemühungen. Grundlegend sei allerdings eine medizinische Anthropologie, die im Kern Herme-

⁸ Viktor von Weizsäcker, *Der Gestaltskreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen* (1940), in: *Ges. Schriften*, Bd. 4, S. 77–337, hier S. 83.

⁹ Kerr L. White, *Health Care Organization: An Epidemiologic Perspective*, in: K. L. White (Ed.), *Health Services Research – An Anthology*. Pan American Health Organization, Scientific Publication No. 534, pp. 657–673, New York 1992.

¹⁰ A. Flexner, *The Flexner Report on Medical Education in the United States and Canada*. Bulletin No. 4, Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, New York 1910 (deutsch: *Die Ausbildung des Mediziners*. Springer, Berlin 1927); W. Osler, *An Introductory Address on Examinations, Examiners, and Examinees*. *Lancet* (1913) 1047–1050.

neutik sein müsse, sich also der Sinnfrage des Menschen unter den Bedingungen des Krankseins öffne. Neben den Bemühungen Hans-Georg Gadamer und Paul Voglers um eine „Neue Anthropologie“ könne Sartres *opus magnum* zu Flaubert als anthropologisches Paradigma für die noch immer ausstehende grundlegende Reform der ärztlichen Ausbildung in Anspruch genommen werden.¹¹

Am Beispiel der in der Öffentlichkeit zunehmend kontrovers diskutierten Perinatalmedizin kam zum Abschluß der Tagung das ethische Dilemma der Medizin zur Sprache, nämlich die Spannung zwischen Entscheidungsnot und Handlungszwang. Jenseits einer häufig emotional überhitzten Debatte, in der man hören könne, daß Kinder ‚ins Leben gezwungen‘ bzw. ‚Behinderte ausgemerzt‘ würden, bemühte sich Volker von Loewenich (Frankfurt/Main) um einen sachlichen Überblick zur gegenwärtigen Situation in seinem Fachgebiet. Für drei klinische Themenbereiche seien die Entscheidungsprobleme evident: das extrem unreife Frühgeborene, das schwerstgeschädigte Neugeborene und das Noch-nicht-Geborene, bei dem pränatal Schäden festgestellt wurden. Eine besondere Schwierigkeit bestünde darin, daß es eine objektive Festlegung von Grenzen, seien es Geburtsgewicht, Schwangerschaftsalter oder anatomische Kriterien (z. B. Hirnmanteldicke) in strengem Sinne nicht geben könne. Zum einen ist es der medizintechnische Fortschritt, zum anderen die konkrete Situation, die das Einzelkriterium als Entscheidungshilfe hinfällig werden ließe. Während Frühgeborene noch in den 80er Jahren erst ab einem Gewicht von 1200 bis 1500 Gramm eine Chance zum Überleben hatten, seien heute schon ab der 22. Schwangerschaftswoche bei einem Gewicht von 250 Gramm Behandlungserfolge zu erzielen. Der Durchbruch neuer Beatmungsmethoden habe in den letzten Jahren zu einem radikalen Rückgang der Sterblichkeitsraten geführt. Starb noch vor 10 Jahren die Mehrzahl aller Frühgeborenen an einer Atemstörung, so seien heute fast alle Fälle behandelbar. Heute müsse vielmehr die Mehrzahl aller Todesfälle auf einen Behandlungsabbruch zurückgeführt werden. Wenn aber der Zeitpunkt der Geburt und die klinische Situation keine ethisch relevante Grenze mehr darstellten, müsse auch die Praxis der Spätabbrüche kritisch überprüft werden. Die in der medizinischen Praxis zumeist unreflektiert aufrechterhaltene Grenzlinie zwischen geborenem und ungeborenem Leben geriete damit aber „zu einer arbiträr gesetzten Scheidewand des Lebensrechts“. Gegen alle vermeintlich offenkundigen Kriterien der Zubilligung von ‚Lebensrecht‘ gab Loewenich beeindruckende Beispiele für die zwischenmenschliche Kommunikationsfähigkeit auch des sehr unreifen Frühgeborenen. Insofern stehe für ihn am Anfang die unbedingte Inanspruchnahme der verfügbaren lebenserhaltenden

Maßnahmen, um sodann in einem zweiten Schritt ‚in Ruhe‘ über deren weitere Aufrechterhaltung zu entscheiden. Angesichts der in einer Fragebogenerhebung belegten „bipolaren Sofortentscheidung“ (unbedingte Behandlungspflicht 54%, Möglichkeit des ‚hands-off‘ 43%) und des Umstandes, daß 91% aller Ärzte im nachhinein Schuldgefühle aufgrund einer vollzogenen Intensivtherapie haben, müsse von einem markanten Defizit an ethischer Kompetenz gesprochen werden, zumal es auch juristisch höchst fragwürdig sei, „daß ein schwerstbehindertes Kind in der einen Klinik behandelt wird, in der anderen aber nicht“. In Erinnerung an den ärztlichen Auftrag, Leben zu erhalten und zu fördern sowie Leiden und Schmerzen zu lindern, ist auch das Frühgeborene ebenso wie das Noch-nicht-Geborene als ein „menschliches Gegenüber“ zu verstehen. Dessen individuellen Bedürfnisse, Beschwerden und Leiden zu erkennen, ist daher gleichermaßen geboten wie der Einsatz apparativer Verfahren.¹²

Hier wie im Umfeld der neueren Euthanasie-Debatte erschien es sinnvoll, nach der ethischen Relevanz der von Viktor von Weizsäcker entworfenen ‚*Anthropologie der Gegenseitigkeit*‘ zu fragen. Dann freilich müßte man sich damit auseinandersetzen, daß die „Medizin ... in gleicher Kraft dem Leben und dem Tode zu dienen“ hat. Doch wird gern übersehen, daß die allenthalben zitierte „Einführung des Subjektes“ bei Weizsäcker die „Einführung des Todes“ nach sich zieht.¹³

Rainer-M. E. Jacobi (Essen)
Thomas Bleich (Hannover)

Ankündigung

Pathische Existenz
Konvergenzen zwischen Medizin und Theologie

5. Jahrestagung der Viktor von Weizsäcker Gesellschaft in Verbindung mit der Evangelischen Akademie Iserlohn vom 15. bis 17. Oktober 1999 in Iserlohn-Nußberg

Das „Pathische“ bildet zweifellos einen der Grundbegriffe der Medizinischen Anthropologie Viktor von Weizsäckers. Dessen nähere Bestimmung erfolgt denn auch am Leitfaden von Phänomenen, die allem reflexiven Bemühen um ein Verständnis menschlichen Daseins immer schon vorausliegen: der Schmerz, die Begegnung und der Tod. Damit wird zugleich deutlich, daß es nicht eigentlich ein Sein ist, das die Wirklichkeit des Menschen bestimmt, sondern im Grunde etwas, das nicht, nicht mehr oder noch nicht ist. Insofern stellt sich für Weizsäcker auch nicht die Frage nach dem, was der Mensch *ist*, sondern nach dem, was der Mensch *wird*. Diese unhintergehbare Fragmentarität menschlicher Wirklichkeit, die immer auch Möglichkeiten enthält, markiert gleichsam den Ausgangspunkt seiner Bemühungen um ein angemessenes Bild vom Menschen: nämlich, „daß der Mensch in der pathischen Anthropologie von allem Anfang an als unzulänglich, unfertig, ergänzungsbedürftig, indeterminiert, defekt oder ohnmächtig, in jedem Falle also nicht als das Sein selbst, nicht ewig, sondern zeitlich auftritt; nicht als einer oder etwas, den oder das ‚es gibt‘, sondern als einer oder etwas, das wird oder ‚werden‘ will, darf, kann, soll oder muß.“¹

¹¹ Hans-Georg Gadamer, Paul Vogler (Hrsg.), *Neue Anthropologie*. Thieme, Stuttgart 1972–1975; Jean-Paul Sartre, *Der Idiot der Familie*. Rowohlt, Reinbek 1980.

¹² Mirjam und Ruben Zimmermann, Volker von Loewenich, *Die Behandlungspraxis bei schwerstgeschädigten Neugeborenen und Frühgeborenen an deutschen Kliniken. Konzeption, Ergebnisse und ethische Implikationen einer empirischen Untersuchung*. *Ethik in der Medizin* 9 (1997) 56–77; vgl. auch Volker von Loewenich, *Ethische Fragen in der Perinatal-Medizin aus neonatologischer Sicht. Das sehr unreife oder geschädigte Neugeborene*. *Nova acta Leopoldina NF* 66, Nr. 280 (1991) 29–45.

¹³ Viktor von Weizsäcker, *Der kranke Mensch* (1951), in: *Ges. Schriften*, Bd. 9, S. 311–641, hier S. 632, 628.

¹ Viktor von Weizsäcker, *Pathosophie*, S. 62. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1956.

Diese „pathische Anthropologie“ verweist nicht nur auf eine „Krisis des Apriorismus der logischen und Anschauungsformen“², sondern führt letztlich zu einer Revision der naturwissenschaftlichen Grundbegriffe hinsichtlich ihrer Geltung für die Welt des Menschen.³ Denn die Ordnung der Erkenntnisstufen, mithin auch die Bildung von Begriffen „nimmt ihren Weg durch leibliche Vorgänge hindurch, nicht über sie hinweg.“⁴ Für das Arzt-Patient-Verhältnis folgt daraus, daß „Bekanntnis unter Scham, Analyse unter Erschütterung... vielleicht gerade darum wirksamer (sind) als Belehrung, Ermahnung oder Befehl, weil sie die Person des Kranken dort treffen, wo an seinem Leibe etwas vor sich gehen muß. Wir wissen es ja, daß wir erröten oder erblassen, Herzschlag und Atmung sich verändern, kurz, daß die organischen Funktionen andere werden, wo solche tieferen Regungen stattfinden. Es ist das schärfste Kriterium einer nicht bloß oberflächlichen geistigen Veränderung, wenn am Leibe des Kranken sich etwas verändert, und dies muß der lichten Klarheit der Erkenntnis vorangehen.“⁵

In diesem ‚Vorangehen‘ des Leiblich-Sinnlichen vor dem Geistigen zeigt sich für Weizsäcker das Verbindende, nicht das Trennende zwischen Medizin und Theologie. Nachdem er bereits in seinem Text „Die Schmerzen“ (1926) am Verhältnis von Schmerzordnung und Denkordnung, näherhin am „Widerspruch von Sollen und Dasein... die eigentliche Wirklichkeit des Menschen als Kreatur“ zu bestimmen suchte, insofern als eine ‚Ontologie des Menschen‘ „nicht eine Lehre vom Sein, sondern eine Lehre von Geboten“ sein müsse, thematisiert er den inneren Zusammenhang von Medizin und Theologie, von Psychotherapie und Seelsorge erstmals 1930 in einem Aufsatz für die Zeitschrift „Zwischen den Zeiten“ und dann 1947 in einem Brief an Alfred Knorr.⁶

Der „pathischen Anthropologie“ Weizsäckers könnte freilich nur eine Theologie zum Bundesgenossen werden, die „schon von sich aus den Autonomismus der Natur- und der Geschichtserkenntnis anfecht“, zumal ihm seine eigenen experimentellen Forschungen zur Pathophysiologie des Nervensystems gezeigt haben, daß „der Körper... nicht das (ist), was er dem naturwissenschaftlichen Zeitalter schien.“⁷ Die Konvergenzen zwischen Medizin und Theologie eröffnen sich dann gleichsam von den

zentralen Einsichten der Medizinischen Anthropologie her; daß also „die Krankheit eine Weise des Menschseins ist, daß diese Weise ein Werden zur Bestimmung des Menschen ist, daß unser Leben einen Grund hat, der nie Gegenstand werden kann – weder im Erkennen noch im Tun.“⁸ Beispiele dieser Konvergenzen sind für Weizsäcker die biografische Betrachtungsform und die Eschatologie, die Anerkennung eines ursprünglich Bösen im Menschen, der Zusammenhang von Sünde, Schuld und Krankheit, sowie die gegenseitige Verborgenheit von Leib und Seele, von körperlichem Symptom und Unbewußtem.⁹

Das mit dem „Pathischen“ untrennbar verbundene ärztliche Ethos, daß nämlich Therapie nur dort gelingt, „wo der Arzt selbst den Kanon seiner Haltungen gemeinsam mit dem Kranken einer Umgestaltung preisgibt“, der Arzt also „kein Bewirker, sondern ein Ermöglicher“ (ist)... nicht über der Entscheidung, sondern mit dem Kranken in der Entscheidung“ steht, bietet angesichts der aktuellen medizinethischen Diskussion dringlichen Anlaß, die Anregungen des Weizsäckerischen Werkes neu ins Gespräch zu bringen.¹⁰ Aus dem Versuch einer kritischen Bestimmung des Verhältnisses von Klinik und Seelsorge im Horizont eines Grundbegriffes der Medizinischen Anthropologie sollen dem Arzt wie auch dem Krankenhausseelsorger Orientierungen und Hilfestellungen für seine tägliche Praxis erwachsen.

Eingeladene Referenten

Peter Achilles (Saarbrücken), Eugen Biser (München), Petra Christian-Widmaier (Stuttgart), Klaus Dörner (Gütersloh), Ulrich Eibach (Bonn), Seishi Ishii (Akashi), Dietmar Kamper (Berlin), Hans Peter Lichtenberger (Bern), Christian Link (Bochum), Hans Schaefer (Heidelberg), Karl-Martin Schönhals (Frankfurt/M.).

Auskunft

Rainer-M. E. Jacobi, Kulturwissenschaftliches Institut im Wissenschaftszentrum NRW, Goethestr. 31, 45128 Essen, Tel. 0201/7204-0/-271, Fax 0201/7204111

² Viktor von Weizsäcker, Johannes von Kries: Allgemeine Sinnesphysiologie (Rezension, 1924), in: Ges. Schriften, Bd. 3, S. 663–670, hier S. 668, Suhrkamp, Frankfurt/M. 1990.

³ Vgl. hierzu Viktor von Weizsäcker, Seelenbehandlung und Seelenführung (1926), insbes. die vierte Vorlesung, in: Ges. Schriften, Bd. 5, S. 125–141, Suhrkamp, Frankfurt/M. 1987, und ders., Pathosophie, a.a.O., S. 171–216.

⁴ Viktor von Weizsäcker, Medizin und Seelsorge (1930), in: Ges. Schriften, Bd. 5, S. 245–258, hier S. 253. Vgl. auch ders., Der Widerstand bei der Behandlung von Organkranken. Mit Bemerkungen über Werke von Jean-Paul Sartre (1949), in: Ges. Schriften, Bd. 6, S. 427–449, Suhrkamp, Frankfurt/M. 1986.

⁵ Viktor von Weizsäcker, Medizin und Seelsorge, a.a.O., S. 254.

⁶ Viktor von Weizsäcker, Die Schmerzen (1926), in: Ges. Schriften, Bd. 5, S. 27–47, hier S. 45; ders., Medizin und Seelsorge (1930) a.a.O.; ders. Zur Frage der ‚christlichen‘ Medizin (1947), in: Ges. Schriften, Bd. 7, S. 221–232, Suhrkamp, Frankfurt/M. 1987.

⁷ Viktor von Weizsäcker, Zur Frage der ‚christlichen‘ Medizin, a.a.O., S. 225f, 231. Vgl. auch ders., Wege psychophysischer Forschung (1934), in: Ges. Schriften, Bd. 6, S. 239–251.

⁸ Viktor von Weizsäcker, Zur Frage..., a.a.O., S. 231.

⁹ Zu diesen Konvergenzen gibt es bis heute auch seitens der Theologie bemerkenswerte aber leider von der Medizin kaum rezipierte Ansätze zum Krankheits- und Therapieverständnis. Hier sollen einige Hinweise genügen: Paul Tillich, Die Beziehungen zwischen Religion und Gesundheit (1945), in: Ges. Werke, Bd. 9, S. 246–355. Evang. Verlagswerk, Stuttgart 1967; Helmut Thielicke, Psychotherapie und Seelsorge, in: Fragen des Christentums an die moderne Welt, S. 108–123. J. C. B. Mohr, Tübingen 1947; Martin Buber, Das Unbewußte (1957), in: Nachlese, S. 144–171, Lambert Schneider, Gerlingen 1963; Eugen Biser, Theologie als Therapie. Zur Wiedergewinnung einer verlorenen Dimension, Fischer, Heidelberg 1985; Hans Küng, Freud und die Zukunft der Religion, Piper, München 1987; Friederike Rupprecht, Krankheit als Erfahrung des Lebens, FEST, Heidelberg 1992; Thomas Philipp, Die theologische Bedeutung der Psychotherapie. Herder, Freiburg 1997.

¹⁰ Viktor von Weizsäcker, Über medizinische Anthropologie (1927), in: Ges. Schriften, Bd. 7, S. 177–194, hier S. 188, 192, Suhrkamp, Frankfurt/M. 1987.

Stipendien zur Erforschung Bipolarer Affektiver Störungen

Glaxo Wellcome schreibt bereits zum zweiten Mal Stipendien zur Erforschung Bipolarer Affektiver Störungen aus. Mit diesen Stipendien sollen Arbeiten junger Wissenschaftler auf dem Gebiet der Psychiatrie gefördert werden. Das Stipendium beträgt maximal DM 30 000,- und soll überwiegend zur Deckung der Lebenshaltungskosten verwendet werden. Junge Wissenschaftler bis 35 Jahre mit einem abgeschlossenem Hochschulstudium, die sich mit der Erforschung bipolarer affektiver Störungen, z.B. manisch-depressiven Erkrankungen, befassen, können sich bis zum 30. Juni 1999 um ein sechs- bis maximal zwölfmonatiges Stipendium bewerben. Es werden auch Arbeiten aus der Grundlagenforschung unterstützt, sofern sie von klinischer Relevanz sind. Unterlagen sind für die Bewerbung bei Professor Dr. Dr. J. Walden, Universitäts-Klinikum Freiburg, Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie, Hauptstraße 5, 79104 Freiburg einzureichen:

1. Lebenslauf mit Angaben zum beruflichen Werdegang
2. Auflistung der eigenen Vorarbeiten (Publikationen/Vorträge)
3. Beschreibung des geplanten Projektes (ca. 1 DIN A4-Seite)
4. Stand der Forschung (max. 2 DIN A4-Seiten)
5. Zielsetzung (max. 2 DIN A4-Seiten)
6. Detailliertes Arbeitsprogramm (Methoden/Zeitplan max. 1 DIN A4-Seite)
7. Genaue Angaben über die Höhe der benötigten Mittel
8. Bestätigung des Klinik- bzw. Institutsdirektors, daß die notwendigen räumlichen und apparativen Voraussetzungen gegeben sind

Über die Vergabe der Stipendien entscheidet ein unabhängiger wissenschaftlicher Beirat, dem Prof. Dr. Dr. J. Walden (Vorsitzender), Freiburg, Dr. H. Grunze, München, Privat-Dozent Dr. L. Hermle, Göppingen und Prof. Dr. E. J. Speckmann, Münster, angehören. Der Stipendiat verpflichtet sich, dem wissenschaftlichen Beirat einen Abschlußbericht innerhalb von sechs Monaten nach Ablauf des Stipendiums vorzulegen.

1998 wurden Stipendien in Höhe von je 15 000 DM an Herrn Dr. B. Amann, Psychiatrische Klinik der Universität München, für die Untersuchung

über „Die Bedeutung zentraler serotonerger Transmission für die Manie“ und an Herrn Dr. C. Normann, Psychiatrische Klinik der Universität Freiburg, für die Untersuchung über „Die Effekte von Serotonin auf Ionenströme und Rezeptoren von neokortikalen Neuronen des Menschen mit Hilfe der Patch-Clamp-Technik“ verliehen.

Moderne Therapie der Depression

Die traurige Tatsache, daß es bei uns sehr viele Suizide – mehr als Verkehrstote – gibt, zeigt deutlich die unterschätzte Behandlungsbedürftigkeit der Depression. Und die „Major Depression“, die für den Patienten eine deutliche Beeinträchtigung der Lebensqualität bedeutet, nimmt stetig zu. So hat die WHO errechnet, daß sie bereits im Jahr 2020 nach der ischämischen Herzerkrankung auf Platz zwei der schweren Krankheitsbilder stehen wird. Zudem scheint sich das Alter der Erstmanifestation vorzuerlagern.

Eindeutige Diagnosestellung und frühzeitige adäquate Therapie sind daher für den Patienten eminent wichtig. Vor allem Hausärzte sehen oft die Symptome, die Behandlungsnotwendigkeit aber weniger, konstatierte Dr. B. Ahrens, Psychiatrische Klinik Berlin, auf einer Pressekonferenz¹.

Die Aufgabe des Arztes endet allerdings nicht bei der Einleitung der medikamentösen Therapie. Die schwierige Durchhaltephase dauert beim Depressiven etwa sechs Monate, in denen er intensive Führung braucht.

Nach der langjährigen Erfahrung von Ahrens sind die Abbruchraten während der Therapie mit den modernen SSRI wesentlich seltener geworden als unter den trizyklischen Antidepressiva.

Keine Beeinträchtigung im Alltag

Das ist in erster Linie Folge der guten Verträglichkeit neuer Substanzen wie Sertralin². Die kognitiven Funktionen, die auch für den alten Menschen im täglichen Leben sehr bedeutend sind, werden durch Sertralin kaum beeinträchtigt, führte Prof. G. Laux, Gabersee, auf der Pressekonferenz aus. Dies konnte durch diverse Tests, z.B. der shopping list, klar demonstriert werden. Auch die anderen Nebenwirkungen der klassischen Trizyklika wie Sedierung und Akkommodationsstörungen wer-

den nicht beobachtet. Die Fahrtüchtigkeit unter SSRI bessert sich gegenüber der depressiven Ausgangssituation deutlich. Dies alles trägt wesentlich zu einer hohen Lebensqualität unter der Therapie und damit guter Compliance bei.

Die jetzt eingeführte teilbare 100 mg Tablette liegt preislich im Bereich der Marken-Trizyklika. Somit ist eine moderne, effektive und sichere Behandlung nun auch unter günstigen wirtschaftlichen Aspekten möglich. mf

¹ Pressekonferenz der Boehringer Ingelheim Pharma zur Einführung von Gladem[®] 100, Februar 1999, München.

² Gladem[®], Boehringer Ingelheim Pharma.

Multiple Sklerose: Deutliche Fortschritte mit Interferon beta-1b

Auf dem Gebiet der Multiplen Sklerose (MS) ist und bleibt die Schering AG, Berlin, das führende forschende Arzneimittelunternehmen. Die erfolgreiche Anwendung des Interferon beta-1b¹ auch bei sekundär progredienter MS bedeutet in diesem Rahmen einen entscheidenden Durchbruch. Die Zulassung der Europäischen Kommission für diese Indikation wird im ersten Quartal 1999 erwartet.

Mit der Einführung von Interferon beta-1b wurde in mehrfacher Hinsicht eine Initialzündung ausgelöst: Wie Prof. Günter Stock, Vorstandsmitglied der Schering AG berichtete², gab es mit der Zulassung dieses Arzneimittels zum ersten Mal die Chance, immunmodulatorisch in das Krankheitsgeschehen einzugreifen. Gleichzeitig wurde auch die MS-Forschung insgesamt deutlich forciert.

Schering sieht seine Aufgabe (nicht nur in diesem Bereich) darin, Ärzten und Patienten umfassende Hilfestellung für die Therapieoption zu geben. Ebenso wurde auch die Durchführung von Studien intensiviert, um weiter offene Fragen zu klären. Die Diskussion um neutralisierende Antikörper konnte so auf eine realistische Grundlage zurückgeführt werden: es gibt keine Hinweise für eine Korrelation zwischen dem Auftreten der neutralisierenden Antikörper und Therapiedauer bzw. klinischer Wirksamkeit.

Auf die Konkurrenzsituation des Marktes bezog sich Dr. Claus-Steffen

Nach Angaben der Industrie.

Stürzebecher, Leiter der klinischen Entwicklung Herz-Kreislauf und ZNS. Er forderte faire Vergleiche des Nutzen-Risiko-Profiles unter den Produkten in diesem Bereich. Dafür müßte die Behinderung der MS-Patienten bei Studien-einschluß festgehalten und die Auswertung nach vergleichbaren Standards durchgeführt werden. Es müßten auch alle randomisierten Patienten und nicht ausgewählte Subgruppen ausgewertet werden. Lege man diese Standards zugrunde, könne Interferon beta-1b als wirksame Option bei der schubförmig-remittierenden MS angesehen werden, so Stürzebecher.

Einen weiteren großen Fortschritt für die Schering-Forschung auf dem Gebiet der MS bedeuten die am 7. November 1998 im Lancet veröffentlichten Ergebnisse einer europäischen klinischen Prüfung von Interferon beta-1b bei sekundär progredienter MS. In der doppelblind-randomisierten, plazebo-kontrollierten Multicenter-Studie wurden 360 Patienten mit Interferon beta-1b und 358 mit Plazebo über drei Jahre behandelt. Unter Interferon beta-1b konnte das Fortschreiten der Behinderung und die Zahl der MS-Schübe deutlich ($p = 0.00008$) vermindert werden.

dst

¹ Betaferon®, Schering AG, Berlin.

² Pressekonferenz „Zur Therapie der Multiplen Sklerose – akuter Stand und Perspektiven bei Schering“ im September 1998 in München und Pressemitteilung vom 9.11.1998.

Aktuelles zu bipolaren Störungen, Epilepsie und Spastik

Das Neuro-Forum Dresden erfreut sich wegen seiner Praxisrelevanz zunehmender Beliebtheit. Auch auf dem 4. Neuro-Forum 1999¹ war das Themenspektrum weit und für mehrere Überraschungen gut.

Bipolare Störungen

So haben sich in den letzten 10–15 Jahren bei manisch-depressiven Erkrankungen die diagnostischen Sichtweisen in ganz elementaren Bereichen grundlegend geändert (z. B. saubere Trennung zwischen unipolaren und bipolaren Erkrankungen). Parallel dazu entwickelten sich auch neue Therapiestrategien. Wichtiger Punkt in den neuen Richtlinien für die Behandlung bipolarer Stö-

rungen ist, so verdeutlichte Prof. Dr. Peter Bräunig, Chemnitz, daß die sogenannten „Mood Stabilizer“ heute erste Priorität haben. Die bisher auch als „Phasenprophylaktika“ bezeichneten Medikamente hatten ihren Indikationsschwerpunkt früher primär im Bereich der Rezidivprophylaxe. Nach neuesten Gesichtspunkten ergeben sich jedoch für die Akuttherapie der Manie, Mischzustände und Rapid-Cycling-Syndrome folgende Therapieoptionen für Mood-Stabilizer: Bei euphorischer Stimmungssymptomatik stehen Lithium oder Valproat² in der ersten Reihe. Bei Mischzuständen und dysphorischer Manie sind Valproat, Lithium oder Carbamazepin indiziert. Bei Rapid Cycling fällt Lithium völlig heraus, die meisten Rapid Cycler sind Lithium-non-Responder, hier sind Valproat oder Carbamazepin Mittel der ersten Wahl.

Epilepsie

Valproat hat aber auch auf dem Gebiet der Epilepsie Neues vorzuweisen. Nach den Worten von Dr. Stefan Stodieck, Hamburg, ist Valproat wirksam bei allen Anfallsformen und bietet somit als Breitbandantiepileptikum ein Höchstmaß an Therapiesicherheit. Die Substanz ist weltweit Mittel der Wahl bei der Behandlung primär generalisierter Epilepsien. Inzwischen ist die Datelage auch eindeutig, daß Valproat auch bei fokalen Epilepsien vergleichbar dem Standardmedikament Carbamazepin wirkt bei gleichzeitig besserer Verträglichkeit. Die Hauptvorteile bestehen in der fehlenden Enzyminduktion, d. h. die Wirksamkeit der „Pille“ bleibt erhalten. Weiterhin ist die Substanz in üblicher Dosierung nicht sedierend, hat keinen negativen Einfluß auf Kognition und Verhalten und nur eine geringe Neurotoxizität. Die Substanz ist gut handhabbar, d. h. eine rasche Aufdosierung und eine parenterale Gabe ist möglich.

Zur Add-on-Therapie steht mit Tiagabin³ seit 1997 in Deutschland ein Antiepileptikum mit einem neuartigen Wirkmechanismus zur Verfügung. Tiagabin, so verdeutlichte PD Dr. Barbara Tettenborn, Mainz, ist die Leitsubstanz einer neuen Reihe von lipophilen Inhibitoren der GABA. Dadurch wird die Verweildauer von GABA, das normalerweise wieder von Neuronen und Gliazellen aufgenommen wird, im synaptischen Spalt erhöht. Man geht davon aus, daß diese Substanzen die Erregungsschwelle im Gehirn erhöhen und

die Patienten dadurch ein niedrigeres Anfallsrisiko haben. Zugelassen ist Tiagabin für die Zusatzbehandlung bei Patienten mit partiellen epileptischen Anfällen mit und ohne sekundäre Generalisierung (ab dem 12. Lebensjahr), die mit anderen Antiepileptika nicht ausreichend behandelbar sind. Tiagabin erzielt bei austherapierten Patienten einen Responderanteil von bis zu 50%. Derzeit laufen Monotherapiestudien bei vorher nicht behandelten Patienten. Hier erwartet man ebenfalls eine gute Wirksamkeit.

Spastik

Auch im Bereich Spastik ist in den letzten Jahren einiges in Bewegung geraten. Die medikamentöse Therapie kann zielgerichteter und somit effektiver eingesetzt werden. Tizanidin und Baclofen sind nach Prof. Dr. Michael Schwarz, Aachen, eindeutig Mittel der ersten Wahl in der Behandlung des spastischen Syndroms. Unter Tizanidin⁴ kommt es jedoch zu einer gleichmäßigeren, stabileren antispastischen Wirkung, es reduziert nicht die Muskelkraft und auch hinsichtlich des Nebenwirkungsprofils ergeben sich Vorteile. ide

¹ 4. Neuro-Forum Dresden „Aktuelles zu bipolaren Störungen, Epilepsie und Spastik“, 1. März 1999, Radebeul bei Dresden; Veranstalter: Sanofi Winthrop GmbH, München.

² Ergenyl®, Sanofi Winthrop GmbH, München.

³ Gabitril®, Sanofi Winthrop GmbH, München.

⁴ Sirdalud®, Sanofi Winthrop GmbH, München.

Rote Liste® 1999

Das neutrale Arzneimittelverzeichnis der deutschen pharmazeutischen Industrie ist in diesem Jahr wiederum in wesentlich erweitertem Umfang erschienen.

Auf mittlerweile 2452 Seiten enthält die Liste z. B.

- 507 Pharmaunternehmen
- 9493 Präparate
- 12 468 Darreichungsformen
- 31 783 Preisangaben

Herausgeber: Rote Liste Service GmbH, Editio Cantor Verlag, Aulendorf, Redaktion Fax: 069/25 56-24 27 04 03, Bestellungen Fax: 075 25/940-180.

Nach Angaben der Industrie.