

## **Arbeitsgruppe Qualität 2014-2019 – eine Zusammenfassung**

(In memoriam Hansueli Schläpfer, 1943-2020, der die Gruppe fast bis zu seinem Tod geleitet hat)

Hinter Qualitätsdiskussionen steckt oft die implizite und nicht hinterfragte Annahme, dass die Medizin einen naturwissenschaftlichen Organismus bzw. ‚Körper‘ behandelt, und mit Qualität v.a. entsprechende Kompetenz gemeint ist, während die oft genannte menschliche Qualität etwas Sekundäres, dem wissenschaftlichen Denken Hinzugefügtes ist, das das Abstrahierende dieses Denkens in ein humanes Licht taucht. Hansueli war ein unbestechlicher Verfechter der naturwissenschaftlichen Rationalität und ihrer Erfolge – unausgegorene psychologisierende Technikfeindlichkeiten waren ihm ein Greuel – aber er hatte gleichzeitig ein feines Gespür für die Probleme, die der Glaube an Machbarkeiten und die Aufteilung des Menschen in Soma und Psyche, in Messbares und nicht Messbares mit sich bringt. Gleich im ersten Satz eines Thesenpapiers, das er zu Beginn vorlegte, formulierte er als Ausgangspunkt unserer Arbeit die wie er sagte nicht mehr selbstverständliche Forderung, dass die Medizin zuallererst im Dienst der Patienten steht (und nicht im Dienst der eigenen Erfolge). Bei den therapeutischen Bemühungen sei die technische Qualität nicht trennbar von einer Indikations- und Behandlungs-, bzw. Beziehungs- sowie Ergebnisqualität. Indessen stünden auch unsere menschlichen Qualitäten auf dem Prüfstand des Rationalen, während Alternativmethoden, die um die Person des Heilers, um Harmonie und Gleichgewichte bzw. um Energiebalance kreisen, es an Rationalität oft fehlen liessen, weil verallgemeinerbare Ergebnisse weitgehend ausfallen, manchmal ebenso eine stringente logische Selbstkritik, sodass die Methoden für den gewöhnlichen Menschenverstand oft unerreichbar seien. Hansueli wusste und sagte jedoch, dass diese kritischen Punkte nach einer vertieften Auseinandersetzung mit den entsprechenden Methoden verlangten, wollte aber die Aufmerksamkeit auf die Kritik der med. Qualität im Allgemeinen lenken.

Wir spürten das Spannungsfeld zwischen Messbarem und Unmessbarem in der Medizin von allem Anfang an und auch den Umstand, dass alle Qualitätsstandards eine Hinwendung zu ersterem auslösen. Auch wegen der von Ökonomie und Politik zunehmend eingeforderten Messbarkeit unserer Qualität kommt es trotz gegenteiligen Bemühungen immer wieder zu einer Zweiteilung unseres Qualitätsempfindens. Hansueli ergänzte, dass Patienten wegen der Erfolge der naturwissenschaftlichen Medizin nicht

protestierten, wenn diese sie zum Objekt mache, wodurch ihre Subjektivität und Autonomie unter die Räder zu kommen drohe. Vielleicht müsse man die objektivierende Herangehensweise zu Ende denken und würde dann auf ihre Absurdität stossen...(siehe unten). Es wurde allerdings angemahnt, nicht jede Messung automatisch den technischen Leistungen zuzuweisen, und vor der rationalen Prüfung der ärztlichen Qualität nicht sogleich zurückzuschrecken. Der Begriff der Unmessbarkeit könne auch eine Abwehr sein, das eigene Verhalten zu reflektieren. Es könne dadurch eine Art Mystizismus der Beziehung entstehen, der gefährlich sei. Und es wurde wiederholt, dass der Reduktionismus, den die Messung voraussetzt, nicht per se schlecht sei. Ohne ihn gäbe es kein wissenschaftliches Denken.

Wer über Qualitätserfassung spricht, kommt um den Begriff der Norm nicht herum. Dieser aber drängt wichtige Merkmale unserer Arbeit durch Forderungen der Operationalisierbarkeit an den Rand und birgt in sich Probleme der Macht. Es fehlten, wurde zum Schluss gesagt, in der Qualitätsbewertung Begriffe wie Kontext, Sinn, Freiheit, Gerechtigkeit.

Nach diesen Unwägbarkeiten wendeten wir uns der Praxis zu. Hansueli Bucher, emeritierter Professor für Neonatologie am USZ Zürich erzählte eindrücklich von Prozessen der Entscheidungsfindung bei kritischen Frühgeborenen. Diese Entscheidungen sind stark an das Erleben der Eltern und der tagtäglich an der Pflege Beteiligten gebunden. Die medizinischen Daten werden zu den Empfindungen in ein Verhältnis gesetzt. Die Medizin wird dadurch zu einer des Ermessens (Güterabwägung). Auch lastet der Entscheid nicht allein auf den Schultern der Repräsentanten des Faches. Es wird eine Medizin des Konsenses geübt, die auf alle Schultern gleichermassen verteilt ist. Indirekt, wird moniert, lasten die Entscheide sogar auf den Schultern der Gesellschaft. Insgesamt zeigte uns dieser Beitrag, wie messende und merkende Medizin zusammenkommen können.

Wiewohl wir beklagt hatten, dass der Begriff des ‚Sinns‘ in der Qualitätsbewertung fehle, ist er in der Medizin doch allgegenwärtig. Qualität setzt Sinn voraus und ohne Sinnggebung sind Ziele in der Medizin gar nicht formulierbar. Weil Sinn der ärztlichen Aufgabe im Grunde genommen inhärent ist, und weil Medizin theoretisch so viel vermag, neigt sie zur Selbstüberforderung. Sie setzt Sinn mit abstrakten Zielen (wie Krankheiten heilen, den Krebs ausrotten, die Menschen von gesundem Lebensstil überzeugen) gleich, und überfordert sich dadurch massiv. Sie gerät in einen Perfektionismus, der sich mit dem Problem des Grenznutzens und einer wachsenden Medikalisation aller Lebensbereiche konfrontiert sieht, und der im Grunde auch die *conditio humana* ausser Kraft setzen will. Das führt in letzter Konsequenz dazu, dass die Menschlichkeit des

Menschen aufgehoben wird, weil er zum Objekt wird. Hansueli mahnte, dass Medizin so zur Absurdität werde. Sinn, bescheidener verstanden, entsteht immer als Sinn im Hinblick auf ein Subjekt, das diesen Sinn verkörpert. Es macht Sinn, ihm in seinem Leiden beizustehen. Sinn schlummert in der Beziehung. Sinnvolle Medizin ist nur möglich, wenn es gelingt, der Subjektivität des Patienten Priorität vor seiner Objektivierung als Funktionssystem zu geben und die ins Uferlose wachsenden Möglichkeiten auf ein menschliches Mass zu begrenzen. Die Frage nach dem Mass der Medizin erinnert daran, dass Sinn ein Drittes ist, eine Art Sinnfeld, in welchem Helfende und Patientinnen und Patienten gleichermassen stehen. Ein solches Sinnfeld eröffnet sich uns häufig auch in den Grenzsituationen des Lebens.

Den erneuten Bezug dieser Fragen zu unserem Alltag versuchten wir mit Rück-besinnung auf die Grundsatzfrage ‚was ist eine gute Ärztin, ein guter Arzt‘ sei, wieder herzustellen: Wir wurden uns einig, dass die Befunde, die sie oder er erheben, nicht isoliert dastehen, sondern Teil eines Narrativs sein sollten. Die Möglichkeiten, helfend in dieses Narrativ einzugreifen, müssen dem hinreichend guten Arzt bekannt, gleichzeitig aber kritisch hinterfragt sein. Auch der Arzt hat Grenzen und braucht Hilfe von Kollegen und Spezialisten. Das und anderes wie ‚viel Zeit haben‘ leuchtet allen ein, hinterlässt aber dennoch ein Unbehagen. Es wird von allzu starker Begrifflichkeit in dieser Frage gewarnt. Wittgenstein empfehle, die Begriffe hinter sich zu lassen und zum Sehen zu gelangen. Vieles, was Qualität ist, ist im Grunde vorsprachlich. Wir erkennen, dass ärztliche Qualität in weit höherem Ausmass, als wir angesichts der vielen Anforderungspapiere denken, durch Vorbilder gefördert wird.

Nach den ersten Sitzungen versuchen wir eine Zwischenbilanz:

*Subjektiv-personale Qualität ist ein unverzichtbarer Qualitätsaspekt für eine menschliche Medizin. Sie lässt sich weder technisch herstellen noch messen. Trotz ihrer unbezweifelbaren Wirklichkeit hat sie etwas Unfassbares. Das macht sie unspektakulär und führt dazu, dass sie unterschätzt wird und in der Prioritätenliste nach hinten rutscht oder schlicht unbeachtet bleibt. Wo immer aber Medizin ‚geschieht‘, setzen sich intrinsisch Motivierte für diese Qualität ein, sei es in der Ausbildung, in Interventionen und Supervisionen und, am meisten: in der täglichen Arbeit. Ihr Widerstand ist gefordert, wenn Qualität auf das Messbare reduziert wird, wenn (oft verdeckte) ökonomische Anreize die Indikationen dominieren, oder wenn technische Aspekte und normierende Guidelines das Handeln allein bestimmen. Indessen sind wir uns bewusst, dass auch eine normative Qualität, die das berufliche Wissen und Können einigermaßen überprüfbar und objektiv macht, unverzichtbar bleibt.*

Danach fokussieren wir auf Themen, die die Qualität der Medizin nicht direkt zum Inhalt haben, aber in einem starken Zusammenhang dazu stehen. Diese Schwerpunkte standen nicht sogleich fest, sondern entwickelten sich während der Arbeit:

- a) Sind Menschen/Lebewesen Funktionssysteme?
- b) Zwischen Sicherheit und Unsicherheit: Vertrauen in der Medizin
- c) Künstliche Intelligenz in unserer Disziplin
- d) Ich und Du: Das Sagbare und das Unsagbare
- e) .... und es wäre noch so viel geblieben

ad a) Als Piet van Spijk im Laufe eines Gesprächs die überraschende Bemerkung machte, lebendige Prozesse könnten mit dem Begriff der Funktion nicht adäquat beschrieben werden, war da zuerst einmal – gelinde gesagt – ein Gefühl der Überraschung. Ohne diesen Begriff könne man gar nicht med. Wissenschaft betreiben, wurde eingewandt. Aber es entsprach dem Geist der Gruppe, die Sache zu bedenken. Der Begriff der Funktion ist ein mathematischer, er meint, auch wenn er selbstregulierende, kybernetische Systeme beschreibt, die Determinierung des Lebendigen in einem Phasenraum. Entsprechend kann dieses Lebendige in beliebig viele Teile, die je isoliert untersuchbar sind, aufgeteilt werden mit dem Ziel der zuverlässigen Wiederholbarkeit der Resultate. Der Prozess indessen (Piet bezieht sich auf den Philosophen **Alfred N. Whitehead**) meint immer ein Ganzes, das ‚unterwegs‘ und entsprechend nie völlig determinierbar ist. Leben erscheint so als etwas, das zwar in evolutiv bewährten Bahnen verläuft, aber dennoch kreativ bleibt. Es ist selbsterhaltend, selbsterzeugend. Piet verglich das ‚Ganze‘ mit einem Wasserwirbel, den man nicht teilen könne, ohne ihn zu zerstören. Leben lässt sich nach dieser Ausführung empirisch nicht direkt fassen, nicht direkt beobachten. Es ‚geschieht‘ scheinbar ausserhalb der gewohnten Raum-Zeit- Dimension, um dann in Erscheinung zu treten.

In der Diskussion wird eingewandt, dass der Begriff der Funktion umgangssprachlich bezogen auf Lebendiges durchaus Gelingen und Gedeihen bedeute. Dem wurde entgegengehalten, ob denn nicht das technische Verständnis des ‚Funktionierens‘ bereits unsere Umgangssprache geprägt habe, insbesondere auch in der reparierenden Medizin. Gelingendes Leben aber sei mehr als funktionierendes Leben. Funktion und Prozess stehen so gesehen für zwei verschiedene Metatheorien der Medizin. Sie wären freilich zueinander in ein Verhältnis zu setzen. So könnte die Technik des Heilens auch wieder eine Kunst des Heilens sein.

ad b) In der Frage nach Sicherheit, Unsicherheit und Vertrauen in der Medizin wandten wir uns zuerst dem Begriff der Gewissheit bei **Wittgenstein** zu. Gewissheit gründet nach ihm in der sozialen Gemeinschaft mit ihrer Lebensform, ihrer Sprache, vorallem aber in der Praxis des Handelns, was sich zu dem verwebt, was er ‚Sprachspiel‘ nennt. Der Philosoph überrascht mit der Aussage, dass dieses Sprachspiel mehr als wir denken der harte Felsgrund sei, der sich zeige, wenn Begründungen erschöpft seien. Paradox formuliert: Die Schwierigkeit sei, die Grundlosigkeit unseres Glaubens einzusehen. Diese kühne Formulierung scheint sich insofern zu bewahrheiten, als dass ‚sich sicher fühlen‘ durch Wissen (Begründungen) allein nicht erreicht wird, dass - auch paradox - die immer genaueren Messungen die Unsicherheit nicht zum verschwinden bringen, was die Anstrengungen der Medizin bloss verstärken und geradezu zu einer Tyrannei der Sicherheit führen kann, einer Art Risikoaversion, die mit einem Verlust an Freiheit einher geht. Der Philosoph Gadamer spricht von einer gelegentlich fast panikartigen Flucht aus der Freiheit. Daher auch die hohe Bewertung des Machens als solchem gegenüber dem blossen Beobachten und Abwarten und die angstbindende Wirkung medizinischer Massnahmen.

Diese Paradoxien machten die Frage, was denn Vertrauen herstellt, noch dringender. Wir haben uns deshalb bei weiteren philosophischen Beiträgen zum Thema umgeschaut. **Emil Angehrn** spricht von einem zwischenmenschlichen, einem Selbst- und einem Weltvertrauen. Zwischenmenschliche Beziehungen scheinen für ihn nicht nur das Fröheste, sondern auch das Festeste, Sicherste, auf das wir im Moment der Verunsicherung zurückgreifen können. Selbstvertrauen hingegen befähigt zur Auseinandersetzung mit Risiken, und im Weltvertrauen spiegelt sich ein Glauben an das Gutsein des Wirklichen und ein Sinnvertrauen. All das müsse die Medizin im Blick haben. Er stellt danach das glaubhafte Gespräch und das gemeinsame Verstehen ins Zentrum der Vertrauensbildung, dies auch in Anlehnung an das Sokratische Vertrauen in die Möglichkeit des Miteinanderredens. **Martin Hartmann** betont vorerst auch das Relationale jeder Vertrauens‘beziehung‘, in welcher der Vertrauende seine eigene Verletzlichkeit akzeptiert. Vertrauen ist ein Wagnis, oft genug ein unfreiwilliges. Man gibt der Medizin bzw. der Ärztin sozusagen Vorschusslorbeeren, memorisiert gute Berichte etc.. Sie ihrerseits ist auf Vertrauen als Instrument für gelingendes Handeln angewiesen. Wirklichkeit aber wird das Vertrauen erst im Erleben, in der Erfahrung mit Ärzten und Institutionen. Zentral sind für ihn hier Kompetenz, Empathie und Ehrlichkeit. Hartmann gibt freilich auch zu bedenken, dass das Klima, in das das Vertrauen eingebettet ist, sich unserer Kontrolle entzieht, etwas gleichsam vor-intentionales ist und wir es nur im Ansatz durchschauen. **Georg Gadamer**, von dem schon die Rede war spricht von einem

„verborgenen Gleichgewicht der Gesundheit“, das den Charakter der Selbstvergessenheit habe. Wenn Symptome dieses Vergessen unmöglich machten, bedeute der Begriff Therapie dennoch „Dienst“ an dem sich selber suchenden Gleichgewicht. Solches aber sei nicht möglich, wenn die Medizin die Krankheit von der Person trenne. Das Verborgene unserer Gesundheit intuitiv zu erfassen und angemessen auf Veränderungen zu reagieren schaffe Vertrauen. Der Begriff der Angemessenheit ist für Gadamer dabei zentral. **Onara O’Neill** stellt die vielbeschworene Vertrauenskrise als Cliché dar. Umfragen würden sie nicht bestätigen. Hingegen sei eine massiv gestörte Risikowahrnehmung heraufbeschworen worden und in der Folge eine Kultur des Verdachts gegenüber komplexen und oft anonym erscheinenden med. Institutionen entstanden. Folge seien die überbordende Nachfrage nach Kontrollen, nach umfassenden Dokumentationen und Rechenschaftsberichten, und die Androhung von Sanktionen. Im Qualitätsmanagement könnten in der Folge die nachgefragten Indikatoren zu Anreizen mutieren, was dem Ziel gerade nicht diene und ausserdem die intrinsische Motivation der medical professionals beschädige. (Dass Qualitätsindikatoren zu Anreizen pervertieren, ist ein bedenkenswertes Argument, das unseren Befund, dass Messen noch keine Gewissheit schafft, unterstreicht.)

ad c) Eine kurze kritische Reflexion von Burkhard Gierer zum Modewort „personalisierte Medizin“ und zum Begriff der Person führte zu Fragen der Subjektivität, welche von Neurowissenschaftlern im Gehirn lokalisiert wird, wo sie eine Repräsentation der Aussenwelt erzeuge. Die philosophische Anthropologie widerspricht diesem reduktiven Konzept. Subjekt und Bewusstsein seien von Anfang an an unsere Leiblichkeit wie auch an unsere „Zwischenleiblichkeit“ (Merleau-Ponty) gebunden. Damit ist es aber nicht getan, denn die Algorithmen der „künstliche Intelligenz“, so wird berichtet, würden unser Gehirn und unsere Intelligenz nicht nur imitieren, sondern auch übertreffen. In der Folge könnten ärztliche Leistungen und ärztliche Qualität zu einem Gutteil ausgelagert werden. Zum Teil ist das schon Realität. Grund genug, sich vertieft auch mit dieser Sache auseinanderzusetzen. Wir schritten in die Hallen der ETH Zürich und besuchten Prof. **Joachim Buhmann**, der uns über maschinelles Lernen und künstliche Intelligenz berichtete.

Zu Beginn macht sich Hansueli Schläpfer einige Gedanken über das, was Daten sind: Gewonnen durch Messungen, beziehen sie sich immer auf einen Aspekt der Wirklichkeit, welche Messungen auf Zahlen reduzieren. Die schiere Menge an Daten kann die Reduktion z.T. kompensieren. In ihnen schlummere eine Information, die von einem Empfänger (Mensch oder Maschine) gelesen werden könne. Buhmann setzt gleich hier ein und erwidert, Datum sei kein einheitlicher Begriff. Man könne bloss sagen, dass

Daten immer auf etwas bezogen seien. Der Informationsbegriff sei noch viel diffuser und für Zwecke der künstlichen Intelligenz kaum brauchbar. Das machte hellhörig. Algorithmen würden demnach nicht etwas errechnen, was als Information bezeichnet werden kann? Ja, falls man Information als Bedeutung oder gar Sinnggebung versteht. Denn Algorithmen sind definierte eingespiessene Rechenprozeduren, und auch ihr Zweck muss eingespiessen sein. Eingespiessen werden in Zahlen ‚verpixelte‘ Phänomene, z.B. hunderte von Gewebeschnitten von Nierenzellkarzinomen (sog. Microarrays), und gleichzeitig Beurteilungskriterien, will heißen Malignitätskriterien aus der Erfahrung einer Vielzahl von Pathologen. Der Algorithmus ist in dem Beispiel auf Entscheidungsverzweigungen programmiert, wobei sich die Entscheidungen nach der Häufigkeit von malignen Erscheinungen, wie wir sie aus dem Studium auch kennen, richten. Er sammelt also typische Daten und bringt sie in eine Ordnung, die man als Muster bezeichnet. Das Resultat des Prozesses ist am Ende eine Mustererkennung gemäss den von Pathologen eingespiessenen ‚Zeichen‘ der Malignität. Die schiere Menge der so verarbeiteten Daten und ihre Verknüpfung mit Expertenvorgaben macht die erstaunliche hohe Verlässlichkeit möglich. Ähnliche Programme sind in der Radiologie weit fortgeschritten.

Die KI entscheidet also nichts, deutet nichts, sondern erkennt programmierte Bilder oder Muster aus Unmengen von Daten. Auch die Gesichtserkennung ist nur möglich, wenn der Computer die Milliarden von Daten, in die ein Gesicht zerteilt werden kann, mit einer Unzahl von eingespiessenen Gesichtern bzw. Mustern vergleichen kann, dies in gigantischer Geschwindigkeit. Wichtig ist dabei die ‚Robustheit‘ von Algorithmen, das heisst ihre Fähigkeit, nicht zum Gesuchten gehörige Daten (sog. Hintergrundrauschen) herauszufiltern. Gelingt das nicht, erscheint nicht ein nachvollziehbarer Irrtum, sondern Nonsense. Das zeigt erneut, dass die KI Muster vergleichen, aber keine Bedeutungen und keinen Sinn erkennen kann.

Wie auch immer also die technischen Finessen beschaffen sind, mit Hilfe derer ‚elektrische Leuchtschriften‘ als Muster zum Mustervergleich entstehen, und welche schwer nachvollziehbaren Wege die entsprechenden mathematischen Kaskaden durchschreiten: Man sollte zurückhaltend sein mit der Vermenschlichung der Technik und die Begriffe der Intelligenz oder des tiefen(!) Lernens nicht analog gebrauchen. Intelligenz und Lernen sind untrennbar verbunden mit unserer sinnlichen, existentiellen Leiblichkeit. Sie sind mehr als logische Konstrukte. Und med. Entscheidungsträger werden ihre Verantwortung nie auf irgendeine künstliche Intelligenz abschieben können. Zusätzlich haben wir Rechenschaft abzulegen über die Herkunft der Abermillionen von Daten, die wir einspeisen.

Es erwies sich als sinnvolle Ergänzung, dass drei Monate später die Herbstretraite des Forums Medizin und Philosophie das Thema ‚Personalisierte Medizin‘ behandelte und Prof. **E.Hafen**, ETH Zürich, uns nochmals von den Mustern oder ‚patterns‘ individueller Krankheitsbilder berichtete, die mit einer Unzahl ähnlicher Muster verglichen werden könne, was theoretisch z.B. für Therapievergleiche nützlich sein könnte. Hafen fokussierte dann aber auf das Problem, dass dazu von jedem Einzelnen eine grosse Menge von Daten benötigt würden. Das erfordere einerseits eine sichere Speicherung und andererseits die Rückeroberung der Rechte auf diese eigenen Daten.

ad d) Ich kann es den Protokollen nicht sicher entnehmen, aber ich glaube, es war Hansuelis persönliche Idee, nach soviel Objektivierung des Menschen sich zurückzubedenken auf das, was der Mensch jenseits des Objektivierbaren ist. Es kann nur in der Begegnung von Mensch zu Mensch aufgehellt werden. Er stellte uns Gedanken von **Martin Buber** (‚Ich und Du‘) vor. Buber geht von zwei ‚Grundworten‘ des Menschseins aus: Ich-Du und Ich-Es. Im Ich-Du wird nicht Begegnung nach allen Regeln der Kunst hergestellt, nicht Beziehung geübt, denn da ist nichts, was man lernen kann, vielmehr ereignet sich etwas: Das Du ist nicht mehr beschreibbar, sondern nur noch erlebbar. In diesem Momentum stiftet das Du das Ich, so wie das Ich das Du stiftet. Es ereignet sich also nicht eine Verschmelzung, sondern – gleichsam mit Hilfe des Bindestrichs – eine Wesensfindung derer, die sich begegnen. Das Vis-à-vis und man selbst wird zur Melodie, die man nicht in Töne, zum Vers, den man nicht in Wörter zerlegen kann. ‚Was weiss man also vom Du?‘ fragt Buber. ‚Nur alles‘, ist seine Antwort, ‚denn man weiss von ihm nichts Einzelnes mehr‘. In den Ohren moderner Ärztinnen und Psychotherapeuten tönt solches beinahe gefährlich. Zu sehr haben wir gelernt, Schranken zu setzen, uns nicht in die Nöte der Patienten vermengen zu lassen. Wir vergessen aber, dass Begegnung immer etwas Unwiederholbares ist, eine Entstehung von Gegenwart, eine Kreation des Moments, ein Erkennen des Ich und des Du, das sich jeglicher Objektivierung widersetzt.

Diese reine, gleichsam richtungslose Präsenz der Begegnung kann freilich nicht dauern. Gerade dann, schreibt Buber, ‚wenn das Ich in der Begegnung mit dem Du existent geworden ist‘, erfährt es ‚die naturhafte Tatsache der Abgehobenheit des Leibes von seiner Umwelt‘, wird zum Träger von Empfindungen und die Umwelt wird ihm zum Gegenstand. Das zweite Grundwort ist deshalb das Ich-Es. ‚Ist der Satz‘, schreibt er weiter, ‚Ich sehe den Baum‘ erst so ausgesprochen, dass er nicht mehr eine Beziehung zwischen Menschen-Ich und Baum-Du erzählt, sondern die Wahrnehmung des Baum-Gegenstandes durch das Bewusstsein feststellt, hat er schon die Schranke zwischen Subjekt und Objekt aufgerichtet.‘ Ohne Es kann der



Mensch jedoch nicht leben. ‚In blosser Gegenwart‘, wiederum zitiert nach Buber, ‚kann der Mensch nicht leben. Sie würde ihn aufzehren.‘ Im Ich-Es ist das bereits Gewordene, Gegenständliche angesprochen, das sich zum Dauernden, bereits Vergangenen verfestigt. Es gibt dem menschlichen Leben Ordnung und Struktur und ist deswegen unverzichtbar. Die Es-Welt bereitet sich im Leben des Menschen immer mehr aus. Alles wird zu Ursache und Folge, zu Bestimmung und Schicksal. In der Ich-Du Welt aber findet das Individuum wieder zu Freiheit. Das Leben ist gemäss Buber von dieser unaufhebbaren Antinomik bestimmt.

In der Diskussion wird gesagt, dass in allen Beziehungen und natürlich auch in der von Arzt und Patientin eine ‚interbodily resonance‘ entstehe und dass es eigentlich keine ‚neutrale‘ Beratung gebe. Jede Objektivierung und Normierung enthalte verborgene Wertvorstellungen. Eine anwesende Genetikerin zeigt sehr schön auf, wie sie im Beratungsgespräch vorerst einmal auf eine Ich-Es Logik angewiesen sei, um zumindest nicht bewusst irgendwelche Wertungen ins Spiel zu bringen, wie dann aber in der Entscheidungsfindung eine Ich-Du Ebene unentbehrlich sei. Man könne sich nicht in genetische ‚Algorithmen‘ flüchten. Alles Entscheiden sei auch Ermessen und benötige Vertrauen. Erwähnt wird sodann auch die Meditation als Üben absichtsloser Präsenz, Loslassen aller Konzepte und Begriffe, Erreichen eines Zustandes der Offenheit für alles Gegenwärtige.

Wir versuchen in der Folge, **Heidegger** und **Buber** zu vergleichen, denn sie schrieben ihre Hauptwerke fast zur selben Zeit. Heidegger strebt in ‚Sein und Zeit‘ im Gegensatz zum Phänomenologen Buber eine Fundamentalontologie an und sagt, dass Dasein durch Mitsein der andern konstituiert ist, was eine entsprechende Fürsorge mit sich bringe, wobei er zwischen einer dem andern die Sorge um sich selbst abnehmenden, eigentlich beherrschenden, und einer befreienden Fürsorge unterscheidet, welche letztere den andern sich selbst zurückgebe und frei mache, also nahe ist am Ich-Du von Buber und der heutigen shared decision. Meist werde freilich etwas Drittes gelebt, eine Gleichgültigkeit und ein Einander-nichts-angehen. Später führt er die ‚Eigentlichkeit‘ als nicht fremdbestimmte Wesenhaftigkeit des Menschen ein, zu der das Dasein aufrufe und die bezogen auf Beziehungen erneut eine Nähe zu Buber hat.

Interressanter ist für uns ein Bericht von Claude Béguelin, Kinder- und Familientherapeut, der neu zur Gruppe gestossen war und uns von der Beziehung zu einem an Schizophrenie erkrankten Mann berichtet. Er kann und will dessen ‚verrückte Welt‘ nicht teilen, sie aber auch nicht als krankhaft abqualifizieren, und ihm so die Differenz der beiden Welten zumuten, was einer Ich-Es Beziehung dieses Patienten zu seinem eigenen

Erleben gleichkame und eigentlich schon ein Fortschritt bedeutete. Nun spielt Claude selbst Gitarre und hört, dass sein Gegenüber auch musiziert. Als Therapeut schlägt er dann gemeinsames Musizieren in Momenten von Ratlosigkeit vor, was der Patient akzeptiert und wo die beiden sich danach in einer Welt begegnen, in der die Differenz ihrer sprachlich-rationalen Welten akzeptabel wird, weil sie sich auf Augenhöhe begegnen, was nahe an dem ist, was Buber als Ich-Du beschreibt. So wird eine dauerhafte therapeutisch wirksame Beziehung möglich. Wir fragen anschliessend, was in einer musikalischen Beziehung dieser Art geschehe und wie Wortloses zu therapeutischer Wirksamkeit gelange. Claude meint, dass er, je länger er den Beruf ausübe, umso weniger wisse, wie Therapie geschieht. Das Musizieren habe sich hier intuitiv ergeben. Es sei keine Methode, und solle auch zu keiner Werden (Nähe zu Buber). Was man vielleicht sagen könne: Die Leiblichkeit des Musizierens sei weniger anfällig für Wertungen und Missverständnisse, und sie würde Vertrauen ebenso wie die Würde des Patienten wahren.

Wichtig bleibt, dass wissenschaftliche Korrektheit in der Medizin die emotional-lebenspraktische Seite der Beteiligten nicht an den Rand drängen darf. Noch wichtiger aber erscheint uns, dass das, was in einer Beziehung eigentlich geschieht, nicht fassbar ist.

ad e) Eigentlich war die Arbeit in der Gruppe einer lebendigen Beziehung vergleichbar. Es gab ein zentrales Anliegen, aber keine starre Struktur von Inhalten und Zielen. Die Themen entstanden gleichsam organisch und wir hätten noch lange weitermachen wollen. Thomas Fuchs und die Phänomenologie der Affekte wollten wir besprechen, meditative Praktiken und Einübung in die Präsenz betrachten, auf Ausbildungs- und Vorbildfunktionen in der Medizin zurückkommen, das Spannungsfeld von Intersubjektivität und Professionalität anhand von Fallberichten ausloten, vielleicht die Biomedizinische Ethik von Beauchamps und Childress mal genauer anschauen...

Aber es kam nicht dazu. Hansueli Schläpfer starb im Frühsommer 2020. Wir hatten den Mut nicht, einfach ohne ihn weiterzumachen. Zu sehr fehlte sein Charisma, sein spitzbübisches Lächeln, hinter dem sich Lebenswitz wie auch Strenge des Denkens verbargen, seine fröhliche Lebenszugewandtheit bis fast zuletzt. Er wird uns noch lange begleiten.

Th. Schweizer, April 21

