

Macht macht mehr als der Wille will Zur Entscheidungsfindung in der Medizin

Forumsvortrag vom 2. Februar 2017

22 *Christina Schlatter*

„Unsere Verantwortung gilt nicht bloss der Reinheit unserer Seele, sondern der Gestalt der gemeinsam bewohnten Welt. Und das heisst, dass Handlungen als folgenreich zu begreifen sind.“
Judith Butler, Kritik der ethischen Gewalt

Konrad Paul Liessmann hat in einem kürzlich erschienen Gastkommentar der NZZ die Kritik am Versagen der intellektuellen Elite mit folgenden Worten zurückgewiesen: „Der Intellektuelle kann nicht scheitern, denn er handelt nicht.“¹

So einfach können es sich Ärztinnen nicht machen, denn im Gegensatz zu Philosophen müssen sie handeln. Ärzte handeln auch dann noch, wenn sie eine Handlung unterlassen – sei es unwillentlich oder bewusst. Unterlassene Hilfeleistung, eine verpasste Diagnose oder zu langes Zaudern können in der Medizin genauso verheerend und in der Folge anfechtbar sein wie eine Fehllhandlung. Denn das Handeln von Ärzten hat so wie ihr Nichthandeln Folgen für andere Menschen. Deshalb verfügt der Arzt über Macht und er kann sich ihrer nicht entledigen.

Ich gehe zunächst also aus von einer sehr allgemein gehaltenen Definition von Macht: Macht wird nicht durch einwirkende Kräfte gebildet, sie entwickelt sich erst in der Interaktion. Macht wirkt auf andere Menschen und diese Wirkung kann bisweilen über das intendierte Mass hinausgehen. Eine sachlich gemeinte Aussage der Ärztin mag in der Interpretation der Patientin eine ganz andere Dimension erhalten. Situationen mit ungewissem Ausgang sind emotional aufgeladen und besonders gefährdet für derartige Missverständnisse. Ein Beispiel hierfür ist die Pränataldiagnostik:

Kaum hat ein Paar erfahren, dass mit einer frühen Schwangerschaft alles in Ordnung ist, sollte es schon entscheiden, ob es pränatale Diagnostik wünscht oder nicht. Somit wird es schon ganz zu Beginn der Schwangerschaft, zu einem Zeitpunkt, wo das künftige Kind noch nicht spürbar und somit nicht viel mehr als ein abstraktes Objekt ist, gezwungen, sich zu überlegen, ob es Umstände gäbe,

1 Gastkommentar von Konrad Paul Liessmann in der NZZ vom 16.1.17. „Kritik an Intellektuellen: Was heisst Denken?“. „Es gehört mittlerweile zum guten Ton, angesichts von Brexit, Donald Trump...vom Versagen der politischen, aber auch der intellektuellen Eliten zu sprechen.“

unter denen es sich zu einem Abbruch der Schwangerschaft entscheiden würde. Wenn sich das Paar ernsthaft mit dieser Frage auseinandersetzen möchte, so kommt es häufig in Entscheidungsnot. Der Einzelfall kann dann durchaus anders beurteilt werden, als man in einer öffentlichen Diskussion argumentieren würde (man kann politisch gegen einen erleichterten Schwangerschaftsabbruch sein, dann aber bei sich selbst dennoch den Wunsch haben, das Down Syndrom mit grösstmöglicher Sicherheit auszuschliessen). Die Angst vor einer Behinderung ist meist dann am grössten, wenn man sich mit möglichen Testmethoden auseinandersetzt. Nur wenige Paare verzichten bewusst auf jegliche Tests. Kürzlich habe ich bei einer 40-jährigen Patientin, die sich für einen Ersttrimestertest entschieden hatte, die entsprechende Ultraschalluntersuchung der fetalen Nackenfalte durchgeführt und der Frau erklärt: „Ich nehme für die Risikoberechnung immer die grösste gemessene Breite der Nackenfalte.“ Was meiner Meinung nach eine neutrale Konstatierung war, um zu begründen, dass für ein genaues Resultat mehrere Messungen nötig sind, wurde von der Frau so verstanden, dass das Kind eine *zu grosse* Nackenfalte hätte. Entsprechend dachte sie, ich vermutete ein schlechtes Testresultat.

23

Was ist der Grund für diese Diskrepanz zwischen intendierter Aussage des Senders und verstandener Botschaft beim Empfänger? In der Beratung zur Pränataldiagnostik ist die Ärztin darauf bedacht, sachliche Information zu liefern und sich einer persönlichen Meinung möglichst zu enthalten. Das Paar wünscht jedoch eine direkte Information: soll man pränatale Tests durchführen lassen? Und wenn ja: welche der zur Verfügung stehenden Methoden? Rein rational lässt sich nicht entscheiden, was der beste Weg ist: Zum Entscheiden braucht es einen Willen. Nicht alle Paare können mit einer rein sachlichen Information umgehen, sie suchen die Orientierung an der Meinung anderer. Oft hört man die Frage „Was macht man dann *normalerweise?*“ oder „Was würden *Sie* denn empfehlen?“

Seit einem Jahr lautet das Leitthema der Forumsveranstaltungen dieser Gesellschaft *Wille zur Macht*. Wir haben das Thema bisher vorwiegend philosophisch

- 24 ausgelotet. Die Grundlage dazu lieferte der Forumsabend von Helmut Holzhey vom 3.12.15, in welchem er den Bogen schlug von Schopenhauers *Wille zum Leben*, über Nietzsches *Willen zur Macht* hin zu Heideggers *Willen zum Wille*. Haben diese philosophischen Begriffe, die unserem alltäglichen Sprachverständnis nur sehr schwer zugänglich sind, in der heutigen Zeit überhaupt noch eine Bedeutung? Am 9.6.16 hat Alice Holzhey den Bezug zur Psychopathologie aufgezeigt, indem sie auf die Negation des *Willens zum Wille* einging. Was bedeutet es, wollen zu müssen, aber nicht wollen zu können?

Ich werde in einem ersten Teil versuchen, die Idee des *Willens zum Leben* und des *Willens zur Macht* in der heutigen Medizin zu verorten. Das Festmachen eines *Willens zur Macht* an der Arzt-Patient-Beziehung wird nicht ohne Unbehagen vorstattengehen. Einer Auseinandersetzung mit diesem Unbehagen ist der Teil gewidmet, der anknüpft an Alice Holzheys Konzept des *Leidens am Wollen* und den *Willen zum Wille* von Heidegger. Zum Abschluss möchte ich als Alternative das Konzept eines *Willens zur Verantwortung* für die Medizin zur Diskussion zu stellen.

1. *Wille zum Leben (Schopenhauer) – Wille zur Macht (Nietzsche)*

Wille zum Leben

Ich möchte vorschlagen, die Spuren des *Willens zum Leben* im Wartezimmer einer Arztpraxis zu suchen. Während dieser Zwangspause aus dem alltäglichen Trott bleibt Zeit für grundsätzliche Fragen: Was ist, wenn bei der Konsultation herauskommt, dass etwas grundlegend nicht in Ordnung ist? Der *Wille zum Leben* drängt sich in diesem Moment der Zäsur vom Alltag auf, wenn alles andere in den Hintergrund tritt angesichts der Vorstellung einer Bedrohung des eigenen Lebens. Schopenhauer spricht von einem „animalischen Lebensdrang“. Der Begriff *Wille* bezeichnet in diesem Kontext also nicht eine bewusst getroffene Entscheidung. Es geht also nicht um den rationalen Entschluss, mit dem Rauchen aufzuhören oder mehr Sport zu treiben, um die eigene Lebenserwartung zu steigern. Der

Wille zum Leben ist ein „blinder, unaufhaltsamer Drang“. Gemäss Schopenhauer nehmen wir im normalen Leben alles nur indirekt als Vorstellung oder Erscheinung wahr. Das, was hinter der Erscheinung liegt, das „Ding-an-sich“ begegnet uns jedoch nicht in Form von Wissen, denn auch Wissen ist ein Konstrukt. Was intellektuell nicht eingeholt werden kann, zeigt sich uns aber in der Erfahrung der eigenen Leiblichkeit: Bei Schopenhauer zum Beispiel in Form des Hungers, aber auch als „Furcht vor dem Untergang des Individuums“. In unserem Kontext macht sich diese Erfahrung deutlich im bohrenden Schmerz oder der Angst im Wartezimmer vor der Möglichkeit einer bösartigen Krankheit.

25

Der *Wille zum Leben* macht die Arzt-Patienten Beziehung asymmetrisch. So kann auch die Verzerrung zwischen ausgeschickter und empfangener Botschaft im Eingangsbeispiel erklärt werden: Die Ärztin, welche eine schwer kranke Patientin behandelt, denkt sachlich und distanziert. Sie kennt diese aufdringliche Ablenkung des *Willens zum Leben* nicht – oder erst dann, wenn sie selbst als Patientin in einem fremden Wartezimmer sitzt.

Wille zur Macht

Soll nun von der Ärztin verstärkte Anteilnahme am *Willen zum Leben* ihrer Patientin – soll *Mitleid* gefordert werden? Während Schopenhauer das Mitleid positiv bewertet und dem Egoismus entgegensetzt, verachtet Nietzsche diese Haltung und bringt stattdessen seinen *Willen zur Macht* ins Spiel. Im Kontext der Medizin hat *Macht* mehrere Bedeutungsschichten: Eingangs habe ich die allgemeinste Form erwähnt: Macht wirkt auf einen anderen Menschen. Macht stützt sich auf etwas Phantasmatisches: Wer sich vor etwas fürchtet, unterwirft sich einer Macht in der Hoffnung, auf diese Weise geschützt zu sein: bei Hobbes suchen die Menschen im Souverän *Leviathan* Schutz vor dem wilden Naturzustand, dem Wolf im Menschen. Mit der Macht der Medizin soll die gefährliche Krankheit gebannt werden. Im Falle eines Gelingens erntet der Arzt Dank – als ob es in seinem Ermessen stünde, ob er schlechten oder guten Bescheid geben könne. Was als Dank an den

26 Arzt ausgesprochen wird, ist eigentlich als Dank an die Wirkmacht der Medizin gerichtet. Umgekehrt verkehrt sich auch die Wut gegenüber dem Schicksal in Missgunst gegen den Arzt.

Bei Nietzsches *Willen zur Macht* geht es nicht um eine solche Wirkmacht, es geht nicht darum, die guten gegen die schlechten Mächte zu mobilisieren. Der *Wille zur Macht* wird aber auch nicht bewusst eingesetzt. Es geht also auch nicht um die Bezichtigung eines korrupten Arztes, seine Macht zum Eigenwohl auszunützen. Nietzsche bezeichnet mit dem *Willen zur Macht* das beständige Streben danach, die Oberhand zu behalten. Zwischen dem Stärkeren und dem Schwächeren gibt es ein ständiges Hin und Her im Kräftespiel. Insofern dürfen wir den *Willen zur Macht* auch nicht einseitig auf der Seite des Arztes verorten. Denn in der heutigen Medizin ist es längst nicht mehr klar, wer das Sagen hat.

Fernsehsendungen berichten täglich über faszinierende, schreckliche Krankheiten, in denen sich die Zuschauer wiedererkennen. Vom Arzt verlangt man dann die entsprechenden Abklärungen zur Sicherung der selbstgestellten Diagnose und fordert Zugang zu den angepriesenen neuen Therapieverfahren. Bedenken des Arztes bezüglich Unklarheit des Nutzens angesichts exorbitanter Kosten bei bewährten zur Verfügung stehenden Alternativen werden in diesen Fällen selten geschätzt.

Auch das Internet verhilft schnell zu einem Pseudowissen, mit dem man gerne den Arzt belehrt. So steht heute die Medizin unter Generalverdacht. Beteiligte Akteure schüren Angst und Misstrauen gegeneinander. Man weiss von den Medien, dass die Kosten im Gesundheitswesen „explodieren“ und fürchtet in der Folge, dass ausgerechnet bei einem selbst zu Unrecht gespart würde, weil einem für wichtig gehaltene Abklärungen verweigert werden. Auch die Krankenkassen warnen ihre Kunden vor der „Abzockerei“ der Ärzte und halten sie an, einen kritischen Blick auf die Rechnung zu werfen. Halbwissen kann auch in diesem Falle unnötigen Aufwand verursachen.

Kürzlich beschwerte sich eine Hochschuldozentin, die aufgrund einer Krebsvorstufe regelmässig in die spezialärztliche Kontrolle kommt, über den Kosten-

punkt „Kolposkopie“ auf ihrer Rechnung. Sie monierte, diese Leistung sei gar nicht erbracht worden. Die „Untersuchung durch die Fachärztin Gynäkologie“, kostet im Tarmed CHF 90.98. Die „Kolposkopie“ ist die billigere Variante davon und schlägt mit CHF 22.68 zu Buche. Es ist davon auszugehen, dass die Frau „Kolposkopie“ mit der um ein Vielfaches teureren „Koloskopie“ – der Darmspiegelung – verwechselt hat. Ungeachtet dessen, dass die Kosten tiefer als bei der Fachuntersuchung liegen, unterstellt sie der Ärztin eine unredliche Rechnungsstellung.

27

Man hört im Freundeskreis von Fehldiagnosen und verpassten Diagnosen. Patientinnen kommen zur Zweit- und zur Drittmeinung. Sie kommen, weil sie von der Naturheilerin auf einen schwerwiegenden Hormondefekt oder eine verborgene Entzündung im Körper aufmerksam gemacht wurden und unterstellen der Schulmedizin Unfähigkeit, falls die Bestätigung ausbleibt. Sie kommen, weil sich ein anderer Arzt geweigert habe, auszuführen, was sie für einzig richtig halten. Sie verlangen eine Computertomographie, einen Ganzkörpercheck oder retrospektiv ein Arbeitsunfähigkeits-Zeugnis für die vergangenen 4 Schwangerschaftsmonate, weil sich eine andere Ärztin geweigert habe, dieses Zeugnis auszustellen, obwohl die Arbeit doch für eine Schwangere nicht zumutbar sei.

Man wünscht eine individuelle E-Mail Beratung jederzeit und überall, man möchte das Technologiemaximum zum Dumpingpreis. Man lehnt die Therapie des Frühstadiums von Krebs ab zugunsten einer „natürlichen“ Methode und verlangt dann Heilung beim Vorliegen von Metastasen im ganzen Körper. Dem Arzt wird magische Wirkmacht unterstellt und gleichzeitig beanstandet, dass er diese nicht nach seinem besten Willen und Gutdünken ausübe.

Ärzte werden zunehmend mit Haftpflichtforderungen konfrontiert, deren drohende Sanktionen wiederum zurückwirken auf ihr eigenes Handeln. Ein ganzer neuer Berufszweig beschäftigt sich seither mit dem *Qualitätsmanagement*. Somit wird das Handeln beider Seiten von Ängsten beeinflusst: Die Patientin fürchtet körperliche Versehrtheit, die Ärztin fürchtet sich davor, für einen Fehler belangt zu

- 28 werden. Der Umgang mit Ängsten ist einfacher, wenn sie konkretisiert werden, man spricht dann von Risiken.

Das eingangs vorgestellte, werdende Elternpaar fürchtet, ein Kind mit einem Down-Syndrom zu erwarten. Nach der Durchführung des Ersttrimestertests kann diese unbestimmte Angst nun ersetzt werden durch ein konkretes Risiko. Stellen Sie sich vor, Ihr Risiko für ein Kind mit einem Downsyndrom sei 1:99. Ist das nun hoch oder nicht? Das Risiko, durch die Chorionzottenbiopsie ein gesundes Kind zu verlieren ist gleich hoch. Testen Sie weiter oder vertrauen sie?

Risiken haben gegenüber diffusen Ängsten den Vorteil, dass sie kommunizierbar sind. Der Wille für die Entscheidung zum nächsten Schritt kann gefestigt werden mithilfe möglichst umfassender Informationen zu den Risiken der zur Verfügung stehenden Optionen. Wenn diese Informationen nicht vorhanden sind und doch etwas anders kommt als erwünscht, entsteht der typische Rechtsfall: Der Arzt wird angeklagt, weil er ein Problem nicht vorausgesehen hat. Entsprechend strebt man in der Pränataldiagnostik danach, immer genauere Risikoberechnungen zu machen, mit denen dann das Elternpaar früh genug konfrontiert werden kann. Entlastet wird dadurch zwar der Arzt, dem man nicht vorwerfen kann, er hätte das Paar nicht gewarnt. Dass dieses Vorgehen aber nicht unbedingt der Entlastung des Elternpaares dient, zeigt folgendes Beispiel:

Ein Arzt wird angeklagt, die Ursache einer schweren Behinderung – in diesem Falle eine Agenesie des Corpus Callosum – im Ultraschall nicht erkannt zu haben. Nehmen wir an, er hätte die Auffälligkeit bemerkt, die Diagnose wäre wohl erst im letzten Drittel der Schwangerschaft gestellt worden. Die Prognose einer Balkenagenesie kann jedoch extrem schwer vorausgesagt werden: eine isolierte partielle Balkenagenesie geht bei 2/3 (65.5%) der Fälle einher mit einer normalen neurologischen Entwicklung, in 1/3 der Fälle (27.9%) sind die Kinder jedoch schwer behindert. Eine Therapiemöglichkeit besteht nicht. Wählen Sie selbst:

Gehen Sie das Risiko ein und nehmen zu 65.5% ein schwer behindertes Kind in kauf? Oder treiben Sie im 7. Monat ab und töten damit zu 27.9% ein neurologisch unauffälliges Kind?

29

Angesichts solcher Schwierigkeiten erstaunt es, wie selten ein Paar für sein werdendes Kind im Bauch der Mutter ein Recht auf Nicht-Wissen deklariert. Wenn das gute Ergebnis nicht mit aktivem Eingreifen zu beeinflussen ist, so möchte man wenigstens alles Erdenkliche wissen können, was in der Macht der Ärztin und der technischen Errungenschaften liegt.

Beim *Willen zur Macht* geht es zusammenfassend darum, dass Ärztin und Patientin je den Kopf oben halten möchten. Man darf sich weder unterkriegen lassen vom Gegenüber, noch von der eigenen Angst beziehungsweise Schuldigkeit. Der *Wille zur Macht* ist das aktive Abwehren einer Bedrohung, die entweder von aussen her kommt oder im Selbstverhältnis entsteht. Diese Haltung widerspricht der christlichen Demut. Nietzsche wertet alte Werte um. Was der Herr Doktor sagt, wird heute nicht mehr blindlings hingenommen und der Arzt, der einst als Halbgott verehrt wurde, kann heute nach kurzer Zeit als Quacksalber beschimpft und vom Anwalt vorgeladen werden. Soll man sich das als Mediziner überhaupt noch bieten lassen?

Nicht nur steht die faktische Wirkmacht des Arztes in keinem Verhältnis zu den bisweilen phantasmatisch überhöhten Ansprüchen der Patientin, auch seiner Entscheidungshoheit sind enge Schranken gesetzt. Dennoch aber greift der Arzt durch die Beurteilung eines medizinischen Problems ein in die Gestaltung des Lebens des Patienten, in seine Zukunftsperspektive. Es ist für den Patienten entscheidend, wie sorgfältig der Arzt untersucht, ob er kommunikatives Geschick an den Tag legt. Eine falsche Krebsvermutung führt womöglich zu unnötiger Körperverletzung, ein übersehenes Knötchen kann die Chance zur Heilung im Frühstadium zunichte machen. In diesem Sinne bleibt die Beziehung zwischen Arzt und Patientin eine Beziehung der Macht, auch gegen den Willen der Beteiligten.

Die Ärztin findet sich also in einem Dilemma: einerseits werden die Wahlmöglichkeiten des eigenen Handlungsspielraums zunehmend durch externe Faktoren

30 eingengt und dennoch kann sie die ungeliebte Macht nicht ablegen, sie muss sozusagen eine *Macht wider Willen* ausüben. In der Folge grassiert unter Mediziner*innen heute ein *Unwille zur Macht*, der bisweilen gar zur *Ohnmacht des Willens* zu kippen droht.

Im Folgenden möchte ich zwei Möglichkeiten besprechen, aus diesem Dilemma des *Willens zur Macht* auszubrechen: die Möglichkeit des *Willens zum Willen* nach Heidegger oder aber das *Nicht-wollen-Wollen* nach Alice Holzhey.

2. Wille zum Willen (Heidegger)

In einer schwierigen Entscheidungssituation ist es einfach und durchaus verlockend, so zu tun, als ob man alles wüsste, auch wenn die Fakten fehlen. Man kann behaupten um des Behauptens willen, ohne sich um hinreichende Argumente zu kümmern. Was Donald Trump uns gegenwärtig vorspielt, ist auch im medizinischen Alltag ein gangbarer Weg: Man entscheidet, damit entschieden ist. Wollen ist dann nur noch Wollen wollen, es hat keinen Inhalt mehr. Wer das Gegenüber ist oder was es denkt, spielt keine Rolle. Heidegger hat dieses blinde Wollen als *Wille zum Willen* bezeichnet.

Wenn die eigene Position angesichts mangelnder Argumente gestärkt werden muss, kann es ein Schachzug sein, beim Gegenüber Unsicherheiten zu vermehren, um so eine stärkere Abhängigkeit zu erzeugen. Indem ich die möglichen Gefahren eines medizinischen Befundes expliziere, gewinne ich die Patientin für die Operation – und dies, wenn es sein muss um fast jeden Preis. Wird die Bürde des Wissens über mögliche Komplikationen eines Eingriffs dann noch an die Patientin delegiert (informed consent), kann die Ärztin nicht mehr für eingetretene Komplikationen belangt werden. Schliesslich hat sich die Patientin *für* die Operation entschieden, *obwohl* sie wusste, dass es auch schief gehen könnte. Indem sich der Arzt ans Protokoll hält (das Aufklärungsprotokoll mit dem *informed consent* ist unterschrieben und liegt in der Krankenakte), schützt er sich vor Haftpflichtansprüchen im Falle eines Misserfolgs. Das Protokoll befasst sich jedoch nur mit der Formalität der

transparenten Information. Es berücksichtigt weder die angeführten Gründe für eine Operation noch die Fähigkeit und Versiertheit des Operateurs. Im Zweifelsfall schützt Pflichtmässigkeit vor dem Richter besser als Handeln „nach bestem Wissen und Gewissen“.

31

Die Pflicht, vor einem operativen Eingriff transparent und offen zu informieren, ist selbstredend berechtigt. Insbesondere bei elektiven Eingriffen soll der Patient in möglichst umfassender Kenntnis von Chancen und Risiken der Operation entscheiden können. Ad absurdum geführt wird die Pflichttreue jedoch, wenn vor einem ohnehin angstbesetzten, aber unzweifelhaft notwendigen Eingriff, wie zum Beispiel einem Notfallkaiserschnitt, der Patientin noch eine Unterschrift unter ein Protokoll abgerungen wird, deren Sinnzusammenhang sie angesichts der drohenden Gefahr überhaupt nicht mehr zu erfassen vermag. Zu dem ursprünglich intendierten verbesserten Sicherheitsgefühl führt dies dann wohl kaum.

Juristische Interventionen zielen ins Leere, wenn ein Arzt nachweisen kann, dass er korrekt nach Protokoll gehandelt hat. Ein korrektes Protokoll entlastet die Ärztin somit von einer potentiellen persönlichen Schuldigkeit. Die Verantwortung wird dadurch an das System delegiert. Wichtig ist also, dass man handelt, so wie *man* eben handelt.

Beim sogenannten Qualitätsmanagement geht es heute kaum mehr darum, die Beziehung zwischen Ärztin und Patientin zu verbessern. Das „QM“ zeichnet sich vor allem aus durch undurchschaubare Anforderungen an die Kontrollen von Kontrollen von Arbeitsprozessen, zum Beispiel dem Aufbereitungsverfahren von sterilen Instrumenten. Keiner fragt sich, ob die nur gerüchteweise zugänglichen Auflagen das ohnehin extrem kleine Risiko für nosokomiale Infektionen nochmals reduziere. Von Interesse ist einzig die Frage, ob der Inspektor bei einem unangekündigten Besuch Grund für Beanstandungen haben könnte.

Der *Wille zum Willen* ist äusserst geschäftig: Man protokolliert, dokumentiert und archiviert wie wild, bloss um sich „abzusichern“, um sich nicht schuldig zu machen.

32

Genau darauf zielt aber auch die zweite Strategie zur Befreiung aus dem Dilemma des *Willens zur Macht*: Ich nenne sie nach Alice Holzhey *das Leiden am Wollen* oder *das Nicht-wollen-Wollen*. Aus Angst, etwas falsch zu machen und somit eine Schuld auf sich zu laden, verzichtet man lieber ganz auf eine Entscheidung. Statt Allmacht spürt der Arzt eine Ohnmacht. Man überweist die Patientin dann an jemand anderen und schützt sich so durch Unzuständigkeit. Gemäss Alice Holzhey lässt sich die Verneinung des Wollens zurückführen auf eine besondere *Hellhörigkeit* für die eigene Schuld. Was ist, wenn die Patientin nicht mehr erwacht aus der Operation, zu der ich geraten habe? Was, wenn das Ungeborene im Bauch der Mutter stirbt, weil ich Angst hatte vor der Provokation einer Frühgeburt? Was ist jedoch im umgekehrten Fall, wenn das allzufrüh Geborene an den Folgen der Unreife seiner Lungen stirbt? Es braucht keine Rechtsanwälte, um der hellhörigen Ärztin die existenziale Schuld aufzuzeigen, die sie mit jeder Entscheidungsfindung auf sich lädt. Wie kann eine Chirurgin vor diesem Hintergrund noch wagen, das Messer an einen lebendigen Leib anzusetzen?

In der Diskussion im Anschluss an den Forumsabend von Alice Holzhey vom Juni 2016 haben wir uns gefragt, ob der Hang zur Hellhörigkeit immer pathologisch sei. Ich meine nein: Wir sollten die Hellhörigkeit ernst nehmen. Dabei geht es mir *nicht* darum, einmal mehr die Unsicherheiten und Ängste anderer gezielt zu schüren, um die eigenen Interessen zu stärken, das wäre die Strategie des *Willens zur Macht*. Hellhörigkeit bedeutet auch nicht, allorts Risikokonstellationen dingfest zu machen, um sie statistisch zu berechnen und somit vermeintlich die Kontrolle darüber zu erlangen. Ein Aufklärungsprotokoll schützt vielleicht vor der Haftpflichtforderung im Falle einer Komplikation. Der existenziellen Schuld wird es jedoch genauso wenig gerecht wie eine Patientenverfügung der Angst der Patientin vor der Operation. Der *Wille zur Macht* und der *Wille zum Willen* sind zu sehr mit sich selbst beschäftigt. Sie hören nicht die Stimme des Gegenübers. Ich meine jedoch, dass in der Medizin ein gewisses Mass an Hellhörigkeit nötig ist, um die spezielle Dimension dieser zwischenmenschlichen Beziehung zu erfassen.

3. *Wille zur Verantwortung*

Medizin ist mehr als eine abstrakte Wissenschaft. Sie ist das Handlungsfeld unzähliger Geschichten von Menschen. Zur Entscheidungsfindung in der Medizin genügt es deshalb nicht, Checklisten abzhaken, Risiken zu kalkulieren und gedankenlos allgemeinen Richtlinien zu folgen. Nicht nur die Wissenschaft oder der Arzt sollen das Sagen haben, auch dem Patienten gebührt es, die Stimme zu erheben und angehört zu werden. Hier möchte ich mit meinem letzten Punkt ansetzen, den ich als *Willen zur Verantwortung* bezeichnen möchte: Dieser Wille ist jetzt nicht mehr ein biologischer Drang, der sich ohne Zutun des Bewusstseins bemerkbar macht, wie bei Schopenhauer als Wille/Drang zum Leben oder als Drang zur Übermacht bei Nietzsche. Mit Wille meine ich auch nicht einen gut gemeinten Vorsatz, der im Alltag doch nicht eingelöst wird („ich wollte ja schon, aber...“). Wille steht im *Willen zur Verantwortung* für eine bewusste Entscheidung, aber nicht einer Entscheidung um der Entscheidung willen (wie beim *Willen zum Willen* von Heidegger). Ich plädiere also nicht dafür, dass die Ärztin dem ratsuchenden Paar bei der Pränataldiagnostik oder der zaudernden Krebspatientin die Entscheidung abnehmen soll, vielmehr geht es mir beim *Willen zur Verantwortung* um die Entscheidung, eine Haltung der Offenheit einzunehmen: Offenheit gegenüber dem anderen Menschen und gegenüber dem Unfassbaren, das den anderen Menschen wie mich selbst betrifft. Es geht also nicht darum, wer Recht hat (*Wille zur Macht*), es geht auch nicht um ein Schwelgen in Leid oder Mitleid (*Wille zum Leben*) oder um die effiziente Schadensbegrenzung durch ein Handeln entlang den Leitlinien des Man (Protokolltreue des *Willens zum Willen*). Es geht darum, eine gemeinsame Sprache zu finden, die zunächst einmal fragt, auch wenn mit Antworten nicht gerechnet werden kann. Es geht darum, gemeinsame Wege zu skizzieren, auch wenn deren Ende von Hindernissen verstellt ist. Es geht darum, die Zukunft zuzulassen. Der *Wille zur Verantwortung* setzt also nicht bei allgemeinen Richtlinien und Vorgaben an, er sucht nicht die Gemeinsamkeit des Man/Wir, sondern er erkennt zunächst einmal an, dass der andere Mensch anders ist und sich nicht auf allgemeine Vorstellungen reduzieren lässt. Verantwortung so verstanden heisst bei Derrida „die unbedingte

- 34 Gastfreundschaft“ (*l'hospitalité inconditionnelle*), in Anerkennung der Grenzen der Verstehbarkeit des Anderen, aber auch der Grenzen des Selbstverständnisses.

Der *Wille zur Macht* will den anderen gefügig machen, er versteht den Patienten als Klienten, der bedingungslos vertrauen soll. Der Depressive ist in seinem *Nicht-wollen-Können* gelähmt, der *Wille zum Willen* sieht nur seine Protokolle, der andere Mensch interessiert ihn nicht. Die Gastfreundschaft/Hospitalität hingegen öffnet sich dem Unkontrollierbaren, dem fremden Gegenüber, und zwar nicht, um es sich anzueignen und gefügig zu machen, sondern um ihm Raum und Gehör zu verschaffen.

Mit jedem medizinischen „Fall“ werden wir in eine Geschichte verstrickt.² Die Ärztin und die Patientin als Rollenträgerinnen der Handlung bringen je eigene Geschichten und somit auch eigene Erwartungen mit. Eine Erwartung bleibt über lange Zeit vage, vielleicht gar unbemerkt. Sie konkretisiert sich erst in der Interaktion mit dem Gegenüber, oft erst dann, wenn sie enttäuscht wird und sich deshalb neu ausrichten muss. Für ein erfolgreiches Ausgehen der Geschichte ist es nötig, dass im Verlauf die gegenseitigen Erwartungen aneinander angepasst werden. In der Beziehung zwischen Ärztin und Patientin geschieht immer mehr als das, was die Einzelpersonen vor einer Konsultation bewusst voneinander erwarten. Manchmal merke ich erst an der Reaktion der Anderen, um was es mir wirklich geht und dass ich eigentlich ganz etwas anderes erwartet hätte. Auch die Patientin kommt mit einer Erwartung zur Ärztin. Wir haben einige dieser zunächst unreflektierten Erwartungen vorher angesprochen (ernst genommen zu werden, transparente Informationen über den eigenen Zustand zu erhalten, gesagt zu bekommen, was zu tun ist). Wir haben anhand der Beispiele auch gelernt, dass die Erwartung der Ärztin nicht immer kongruent ist mit der Erwartung des Patienten (die Befunderhebung ist komplexer, sie zieht bisweilen widersprüchliche Interpretation nach sich, keine der zur Verfügung stehenden Therapiemöglichkeiten ist risikofrei). Ärztin und Patientin haben unüberbrückbare Differenzen (Trägerin des Wissens, Trägerin der Krankheit usw.). Wenn die Ärztin die Erwartungen der Patientin wahrnimmt, kann sie darauf eingehen. Sie muss dann aber ihre eigenen Erwartungen entsprechend wieder neu

2 Die folgenden Überlegungen sind beeinflusst vom Prinzip der doppelten Kontingenz von Niklas Luhmann (Soziale Systeme).

ausrichten. Denn nur wenn beide Seiten bereit sind, die eigenen Erwartungen immer wieder von neuem an einander anzupassen, kann eine tragende Beziehung entstehen. Das bedeutet aber auch, gegenseitig anzuerkennen, dass beide nicht sicher sind. Wiederum ist also Hellhörigkeit gefordert. Beide wissen nicht, was der beste Weg ist, beide wissen nicht, wie es herauskommen wird. Das Wissen um die geteilte Unsicherheit kann dann die Basis bilden für eine mögliche Verständigung. Im Bereich der Pränataldiagnostik bedeutet dies zum Beispiel, anzuerkennen, dass ein Kind nicht nach bestimmten Vorstellungen geformt werden kann, dass es immer einzigartig bleiben wird, dass wir nie wissen werden, welche Schwächen und Stärken es haben wird.

35

Indem die Ärztin zunächst vorsichtig ihre Erwartung formuliert, erfährt sie im Gegenzug etwas von der Erwartung der Patientin. Wenn sie im Beispiel von vorher der Patientin einen unklaren Ultraschallbefund mitteilen muss, mag sie sagen: „Ich nehme an, dass dies für Sie jetzt keine einfache Situation ist. Je nach der Antwort der Patientin ergibt sich dann ein anderer Anknüpfungspunkt: „Ich hatte irgendwie von Beginn weg ein schlechtes Gefühl“, weist auf etwas anderes hin als: „Ich spüre doch mein Kind, ich merke, dass es in Ruhe gelassen werden möchte.“

Eine schwierige medizinische Situation, die aufgrund ihrer Komplexität zunächst unlösbar erscheint, kann auf diese Weise transparenter gemacht werden. Indem die Erwartungen gegenseitig immer von neuem aufeinander abgestimmt werden, entsteht der Rahmen für die weitere gemeinsame Arbeit. In der Philosophie machen Unsicherheiten und Widersprüchlichkeiten einen Text erst interessant. In der Medizin hingegen brauchen wir zumindest provisorische Grundlagen, auf denen sich bauen lässt. Wir sollten uns dies nicht zu einfach machen und blind im Sinne des *Willens zum Willen* an einer Entscheidung festhalten. Paradoxerweise zeigen sich mögliche – und auch sinnvolle – Wege oftmals nicht am sturen Festhalten an „Guidelines“, sondern gerade im Sich-Einlassen auf die Unsicherheit des Gegenübers. Meiner Meinung nach brauchen wir ein gewisses Mass an Hellhörigkeit, um soviel Sicherheit vermitteln zu können, damit auch Vertrauen entstehen kann. Dank ernten wir vor allem dann, wenn wir nichts dazu tun, also in Vertretung der sup-

36 ponierten guten Wirkmacht: nach einer normalen Schwangerschaft und Geburt, wenn keine bösartige Krankheit gefunden wird. Da, wo wir jedoch wirklich gefordert werden, kommt uns oft keine Dankbarkeit entgegen, sondern Angst und Schuldvorwürfe. Hellhörigkeit ist oft sperrig und lästig.

Wenn ich für die Ärztin einen *Willen zur Verantwortung* fordere, so geht es mir nicht darum, wer das Sagen hat. Weder die Ärztin noch die Patientin gestalten die Entscheidungsfindung nach ihrem Willen. Obwohl oder gerade weil jedoch die Macht der Ärztin mehr macht, als der Wille will, liegt es an der Ärztin, die Verantwortung zu übernehmen, für das, was gemeinsam beschlossen wird, für den gemeinsamen Weg, auch oder gerade weil wir nicht wissen, wohin er führt. Verantwortung zu übernehmen, heisst nicht, blind zu entscheiden, sondern hellhörig zu bleiben: für die geteilte Unsicherheit, die gemeinsam erfahrene Differenz, die gemeinsame *conditio humana*. Beide wissen, dass beide wissen, dass es keine Sicherheit gibt. In diesem geteilten Wissen liegt das Potential für Sinnentstehung.