

## „Schuld und Verantwortung: relevant für die moderne Medizin?“<sup>1</sup>

(Prof.Dr.med Eike Uhlich, Hofheim)

Drei Punkte als **Vorbemerkung**:

Zunächst ein paar Worte **zu mir**,

dann einige einleitende Gedanken und **Definitionen**,

drittens die **Gliederung** dieses Vortrages (damit Sie jederzeit wissen, wo wir uns gerade befinden, wird sie projiziert).

**Vorbemerkung:** **Teil 1**  
**persönliche Vorstellung**

Da ich den allermeisten von Ihnen unbekannt und zudem ein medizinisches Fossil bin, bedarf es einiger Worte zu meiner Motivation und Legitimation, hier zu sprechen!

Die **Motivation**, mich auf Wunsch von Prof. Ritter mit einigen Anmerkungen zu **Schuld und Verantwortung im Medizinbereich** hier zu Wort zu melden, beruht darauf, Sie über bedenkenswerte Entwicklungen im Medizingeschehen unserer Tage zu informieren. Und zwar unter dem speziellen Blickwinkel des Generalthemas von Schuld und Verantwortung in diesem Semester.

Die **Legitimation**, hier zu sprechen, leite ich aus der Tatsache ab, daß ich während meiner bald 40-jährigen praktischen ärztlichen Tätigkeit eigentlich mit fast allen Aspekten des Arztseins konfrontiert war:

- Nach einer langen Lernperiode an verschiedenen Universitäten habe ich die letzten 20 Jahre ein kleines internistisches Krankenhaus in einer kleinen Stadt Unterfrankens geleitet.  
Die Kleinheit des Städtchens ist am besten dadurch charakterisiert, daß es dort nicht eine einzige Verkehrsampel gibt.  
Und die Kleinheit des Krankenhauses dadurch, daß die Ärzte hier sowohl alle Schwestern als auch alle Patienten mit Namen kennen.
- Vor gut 5 Jahren habe ich mein Stethoskop offiziell an den Nagel gehängt, bin aber hin und wieder noch ärztlich tätig; etwa im Mathare-Slum in Kenya (aus dem ich vor wenigen Wochen erst zurückgekehrt bin), gelegentlich als Notarzt oder gar als Vortragender wie heute.

---

<sup>1</sup>Uhlich, E.: Ringvorlesung „Religion am Donnerstag“ WS Bayreuth 2005 „Schuld und Verantwortung“:

## Teil 2 Vorbemerkung zur Thematik

Ich habe ganz erhebliche Zweifel, ob Begriffe wie „Schuld“ und „Verantwortung“ in der modernen Medizin überhaupt (noch) eine Rolle spielen, geschweige denn, eine tragende.

Denn beide Inhalte werden weithin nicht (mehr) wahrgenommen, kaum je bedacht oder diskutiert, und schon gar nicht treiben diese Begriffe uns Ärzte um. Oder haben Sie schon einmal gehört, daß ein Arzt gesagt hat, er habe **Schuld** auf sich geladen?

Meine Vorahnung über die (durchaus auch eigene!) weitgehende Vernachlässigung von Gedanken zu Schuld und Verantwortung wurde fast zur Gewißheit, als ich nicht einen dieser Begriffe im 4-bändigen Handlexikon der Medizin<sup>2</sup> fand.

Im übrigen ist auch im Medizinstudium höchst selten, bei der Ausbildung kaum je und bei späteren Fortbildungen nie die Rede von Schuld oder Verantwortung.

Aber jetzt ist davon die Rede und ich muß mich mit Ihnen verständigen, wie ich beide Begriffe definiert sehen möchte. Der ursprüngliche Ort des Schuldbekenntnisses liegt im religiösen Vollzug<sup>3,4</sup>. In diesem Sinne kann **Schuld** definiert werden „als Verfehlung oder Versäumnis gegenüber einem Anspruch“. Der Mensch ist schwach (nicht immer und primär böse) und wird daher schuldig. Wir werden sehen, ob dies genauso oder ähnlich auch auf den Arzt (und damit die moderne Medizin) zutrifft.

Der Begriff der **Verantwortung** spielt in jeder Ethik eine grundlegende Rolle und meint „das Einstehen müssen für die eigene Tat“<sup>5</sup>.

Wenn Medizin dort beginnt, wo einer, der Hilfe braucht, sich an einen wendet, der helfen kann, entsteht gleichzeitig auch Verantwortung<sup>6</sup>.

## Teil 3 Gliederung des Vortrages

Der **erste Teil** wird sich – anhand tatsächlicher Fallbeispiele – mit Fragen der **Schuld** befassen. Und zwar zunächst mit der individuellen, der persönlichen Schuld. Und dann versuchen wir die Frage zu klären, ob es daneben auch eine dem gesamten Medizinbetrieb zukommende systemimmanente Schuld gibt.

Der **zweite Teil** ist der **Verantwortung** gewidmet und stellt wieder anhand von Kasuistiken eine Reihe beispielhafter Fragen aus der Medizintechnik, der Euthanasiediskussion und anderen Brennpunkten der Medizin.

Erwarten Sie dabei von mir heute **keine fertigen Antworten**. Es werden statt dessen viele Fragen gestellt, von denen eine große Zahl zudem noch unbeantwortet bleibt.

Alles zusammen erfordert etwa 1 Stunde Aufmerksamkeit von Ihnen und gute Nerven, denn ich werde mit deutlichen Strichen und kräftigen Farben zeichnen!

<sup>2</sup> Thiele, G., Handlexikon der Medizin, Urban und Schwarzenberg (1980)

<sup>3</sup> Splett, J. „Schuld“ in: Handbuch philosophischer Grundbegriffe, Kösel-Verlag (1974)

<sup>4</sup> Schoberth, W. „Schuld und Verantwortung – keine Begriffe der Theologie?“ diese Vorlesungsreihe

<sup>5</sup> Illhardt, F.J. „Verantwortung“ in: Handbuch philosophischer Grundbegriffe, Kösel-Verlag (1974)

<sup>6</sup> Jonas, H. Technik, Medizin und Ethik, Suhrkamp (1985)

## Hauptteil I                      Fragen der Schuld

Mit den kommenden ersten drei Patientenschicksalen möchte ich der genannten Ahnung nachspüren, dass Schuld – zumindest auf den ersten Blick – hier nicht vorzukommen scheint. Und ich möchte Antworten auf die Frage suchen, warum das so ist.

Beispiel 1 dokumentiert:

Schuld kommt nicht vor, weil alles Machbare nahezu immer auch gemacht wird.

Beispiel 2 zeigt:

Schuld kommt nicht vor, weil Technik und wissenschaftlicher Fortschritt allzu häufig bestimmen, was medizinisch zu geschehen hat.

Beispiel 3 demonstriert:

Schuld kommt nicht vor, weil die Finanzierbarkeit von nahezu allem in der Medizin die Fragen nach Schuld zu verdrängen scheint.

---

### ***Beispiel 1 „postembryonaler Herztransfer“ (Transplantationsmedizin)***

Sie sehen gleich, was sich hinter diesem (bereits an anderer Stelle<sup>7</sup> einmal erwähnten) Begriff verbirgt, allerdings ist hierzu noch eine Vorbemerkung nötig:

Einer der damals führenden deutschen Transplantationschirurgen, nämlich der vor wenigen Jahren verstorbene Professor Pichlmayr aus Hannover schrieb als Ergebnis einer Resolution aller deutschen Transplantationszentren (ich zitiere):

"Anencephale Föten<sup>8</sup> nur zum Zwecke der Organgewinnung von der Mutter austragen zu lassen, halten wir für ethisch unvertretbar."

*Nur kurze Zeit später – nun also unser erstes Beispiel – kam es dann zu jenem orgiastischen Gipfelpunkt ärztlicher Hilfsbemühungen: die sogenannten Embryondiagnostiker einer berühmten süddeutschen Universitäts-Frauenklinik hatten gefunden, dass die Leibesfrucht einer Schwangeren einen schwersten Herzfehler hatte. Ohne sofortige Herztransplantation nach der Geburt würde dieses Neugeborene nicht länger überleben.*

*Nun fügte es sich, daß just am gleichen Ort und zu gleicher Zeit eine andere Frau mit einem noch schlimmer geschädigten Kind schwanger war: es hatte keinen Hirnschädel. Also ein sogenannter Anencephalus; genau das "kopflöse Gebilde" aus der Pichlmayr'schen Deklaration.*

*Wie nun, so die für beide Frauen und Kinder verantwortlichen Mediziner, wenn wir aus zweien eines machen?*

*Gesagt, getan: Man veranlaßte die Frau mit dem quasi kopflösen Kind, ihre Schwangerschaft noch bis zum Ende auszutragen, um dem Kind unmittelbar nach der Geburt das Herz zu entnehmen: ein „Organspendebaby“.*

---

<sup>7</sup> E.Uhlich: „Am Ende des Lebens“ in: Medizinethisches Seminar, Staffelstein (2003)

<sup>8</sup> Anencephalus, Def. : schwerstens geschädigtes Kind im Mutterleib, das keinen Hirnschädel hat

*Und der Frau mit dem herzkranken Kind im Leib schlug man eine Transplantation vor, also den „Einbau“ eines gesunden Herzens unmittelbar nach der Geburt.*

*Nach entsprechenden Vorbereitungen nahmen dann so zwischen 30 und 40 approbierte Ärzte aktiv und wohl rechtschaffen stolz, sicher auch vom lokalen Komitee medizinethisch abgesegnet, an der weihevollen, fast kultischen Handlung des „postembryonalen Herztransfers“ teil. In der Kathedrale universitärer Hochleistungsmedizin, zum Ruhme Askulaps, des Gottes der Ärzte.*

Wir fragen:

- Sind wir Zeugen geworden eines heillosten Machbarkeitswahns?
- Ist jetzt ein Dammbbruch geschehen nach dem Bruch der Deklaration der Transplantationschirurgen?
- Ist der „hirnlose (oder hirntote) Mensch zur Quelle lebensfrischer Organe für die Transplantationschirurgie geworden“?<sup>9</sup>
- Und ist denn wirklich „alles verfügbar im Sinne wissenschaftlich-technischer Rationalität“<sup>10</sup>?
- Oder ist es doch nichts anderes als Hilfe für dieses eine schwerkranke Neugeborene?
- Sollte nicht statt zwei höchstwahrscheinlich bald toter Kinder zumindest eines davon eine Überlebenschance haben?

Schon dieses erste Beispiel läßt uns mit einem breiten Spektrum verschiedenster Empfindungen zurück, die von der begeisterten Zustimmung über die Möglichkeiten der modernen Transplantationsmedizin bis hin zu blankem Entsetzen über die quasi legalisierte Tötung eines Menschen reichen.

Was also ist das Fazit aus diesem ersten Beispiel?

Es gibt offensichtlich keine grundsätzliche und von allen akzeptierte Definition eines Schuldbegriffes in der Medizin. Wir werden also keine allgemeingültige Antwort auf die Schuldfrage formulieren können. Wie denn auch, wenn der eine genau dort schreckliche Schuld sieht, wo der andere an gleicher Stelle über einen sensationellen Fortschritt in der Medizin jubelt. Und es besteht ja im vorliegenden Fall nicht einmal Einigkeit darüber, ob überhaupt jemand schuldig geworden ist.

Im übrigen darf ich an dieser Stelle an den ersten Vortrag unserer Vorlesungsreihe erinnern, in dem auch aus theologischer Sicht von Professor Schoberth von einem „problematischen Begriff der Schuld“ und der „unbestimmten Vieldeutigkeit des Begriffes Verantwortung“ die Rede war<sup>11</sup>.

<sup>9</sup> L.Geisler: „Warme Leichen und kalte Embryonen“, Frankfurter Rundschau (17.8.1996)

<sup>10</sup> G. Altner: „Leben in der Hand des Menschen“, Primus-Verlag (1998)

<sup>11</sup> W.Schoberth: „Schuld und Verantwortung – keine Begriffe der Theologie?“ Ringvorlesung Religion am Donnerstag WS 2005/6 Uni Bayreuth

Mein Zwischenresümee:

Als Ursache für das Fehlen eines Schuldbegriffes (oder zumindest seiner normativen Definition) könnten gelten:

- Das Machbarkeitsphänomen. Denn nach dem Selbstverständnis der modernen Medizin trägt der Operateur keine Schuld, wenn er dem im Prinzip zwar lebensunfähigen aber jetzt natürlich atmenden und schreienden (wenn auch schrecklich mißgebildeten) Kind unmittelbar nach der Geburt das Herz entfernt und es damit dann aber gleichzeitig definitiv tötet. Gewöhnen nicht auch wir uns immer mehr an die Machbarkeit des noch kurz vorher Undenkbaren? Segen und Fluch und Schuld durch den medizinischen Fortschritt? Sind nicht Grenzüberschreitungen ärztlichen Handelns, die es immer geben wird und geben muß, nicht zwingend auch immer (eben „systemimmanent“) schuldbeladen?

Ein weiterer Grund für das Fehlen eines Schuldempfindens:

- Das Technikdiktat: Die berichtete Kasuistik hätte es ohne exzellente (Medizin)Technik nicht gegeben. Allerdings scheinen die aktiv Handelnden hinter dieser Technik nicht mehr so ganz klar erkennbar, als hätten sie sich hinter ihr versteckt. Und dies geschieht um so mehr, je dominierender die Technik über den Menschen wird, je mehr *sie uns Ärzten* unser Tun vorgibt oder vorschreibt. Daneben wissen wir natürlich, dass die Technik an sich weder gut noch böse, weder barmherzig noch schuldig ist. In der *Kombination* von beidem aber könnte der Grund dafür liegen, daß Fragen nach Schuld und Verantwortung bei der zunehmend technikabhängigen Medizin kaum mehr gestellt werden, und zwar weder an den beteiligten Arzt noch von ihm!

Noch ein letzter Gedanken zu unserem Zwischenresümee:

- Die Unmöglichkeit der Schuldlosigkeit. Wir bestätigen die These von Grewel<sup>12</sup>, der sagt: „Schuldlosigkeit kann es in den Lebensbeziehungen der Menschen nicht geben, weil Verantwortung übernommen werden muß. Wenn Schuldlosigkeit zum obersten Kriterium ärztlichen Handelns würde, stünde nicht der anvertraute Mensch... im Mittelpunkt aller Erwägungen, sondern ‚das Ich des Arztes‘...“ Und er fährt sinngemäß fort, daß „nicht Schuldlosigkeit, sondern gerade die Bereitschaft und Fähigkeit, Schuld zu übernehmen, Grundbedingungen für den Arztberuf sind...“

Unser nächstes Beispiel weist in eine ähnliche Richtung:

---

<sup>12</sup> H. Grewel: „Medizin am Scheideweg – kritische Anfragen an eine technologisch orientierte Medizin“, Ethik Med 5, 170 (1993)

## Beispiel 2 Der Infarktpatient (Medizintechnik)

Deutschland ist Weltspitze, was die Diagnostik und Versorgung von **Herzinfarktpatienten** angeht.

In jedem Jahr werden etwa eine  $\frac{3}{4}$  Million Herzkatheteruntersuchungen gemacht. Die Untersuchungsfrequenz ist damit genau doppelt so hoch wie die in England und mehr als 4 x so hoch wie die in Schweden (beides ja auch nicht gerade medizinische Entwicklungsländer).

Allerorten sind Herzzentren aus dem Boden geschossen! Ganz offensichtlich gibt es dafür Geld die Hülle und Fülle. Deutschland ist gepflastert mit derartigen cardiologischen, prestigebeladenen Medizin-Hochburgen.

Es ist ja auch schick, und aufregend und begeisternd, wenn man das miterlebt:

- *Wie da jemand während der aufreibenden Managertätigkeit ganz akut zusammenbricht und einen Herzinfarkt erleidet,*
- *und dann in wenigen Minuten mit Sondersignal und Blaulicht die Klinik erreicht,*
- *sofort katheterisiert, angiographiert, dilatiert und – besonders in Mode – mit einem Röhrchen versorgt, also „gestentet“ wird,*
- *oder vielleicht später noch mit Bypässen versorgt*
- *und schließlich rehabilitiert, nach wenigen Wochen schon,*
- *sich (vielleicht mit einer Längsnarbe über dem Brustbein) wieder zur Stelle meldet.*
- *und so weitermacht, als wäre nichts geschehen...*

Hohe Anerkennung ist allen Beteiligten gewiß: wie sie das, die Ärzte zumal und der Patient natürlich, so elegant und flott geschafft haben! Dank der verfügbaren Techniken! Die Reparatur hat geklappt, alles machbar.

Wenn überhaupt, ist nur noch am Rande von der überstandenen wahrlich tödlichen Gefahr die Rede.

Für uns Laien ist unser Verhältnis zur Medizintechnik höchst gespalten: Einerseits ist Medizintechnik völlig undurchschaubar, wundersam und unverständlich. Gleichzeitig aber hat sie den Nimbus der wissenschaftlichen Vertrauenswürdigkeit: sie ist immer „richtig“, funktioniert gut und ist in der Anwendung, im Einsatz und im Ergebnis eigentlich nicht in Zweifel zu ziehen.

Vielleicht kennen Sie dieses Empfinden ja sogar *aus eigener Erfahrung*: Wenn etwa der Befund Ihres Computertomogramms „in Ordnung“ ist, dann ist da eben nichts Schlimmes, schon gar nicht Krebs.

Die Aussagekraft eines CT-Befundes ist nie fraglich, ist immer endgültig wie ein Richterspruch, unfehlbar wie der Papst und eindeutig wie das Grundgesetz. Zweifel an der Richtigkeit eines CT-Befundes (oder vergleichbarer medizintechnischer Vorgänge) kämen einem Sakrileg gleich!

Schon deshalb gelten Fragen des angst- bis hoffnungsvollen, aber immer auch ahnungslosen Patienten nach Schuld und Verantwortung – auch an den hinter allen Geräten und Techniken agierenden Arzt – eigentlich als ziemlich obsolet.

Doch noch einmal zurück zu unserem Herzkatheterpatienten mit dem Infarkt. Wir stellen an diesem Punkt unserer Überlegungen fest:

- Bisher hat also nie einer nach **Schuld** gefragt!
- Nirgendwo war von **Verantwortung** und Mitverantwortung die Rede!

Warum auch? Es gab eigentlich keinerlei Notwendigkeit für derartige Diskussionen. Es gab ja keine Probleme! Kein Patient hat Fragen gestellt, kein Arzt fühlt sich schuldig.

Ehe ich eine Art Zwischenergebnis formuliere möchte ich Ihnen erst noch unseren dritten Patienten vorstellen!

---

### ***Beispiel 3 der Dialysepatient (Übersorgung)***

Dies nächste Beispiel handelt von unserem Gesundheitssystem. Es ist leistungswillig und leistungsfähig. Ich präzisiere: in Deutschland! Dank nämlich der (trotz EU) noch ziemlich dichten schwarz-rot-goldenen Grenzpfähle.

Ein paar hundert Kilometer weiter südlich oder östlich sieht das ganz, ganz anders aus.

Sie kennen alle das Schicksal des Dialysepatienten aus Ihrer Nachbarschaft, aus dem Bekanntenkreis oder gar Ihrer Verwandtschaft. Ich will es Ihnen nochmal kurz erzählen!

*Er ist vielleicht 40 oder auch 60 Jahre alt, der Patient, als seine Nieren versagen. Selbstverständlich entschließt man sich zur Behandlung mit der künstlichen Niere. Keine Frage: er lebt ja diesseits der deutschen Grenze, beispielsweise hier in Bayreuth. Und da gibt es, wie an jedem größeren Ort in diesem unserem Lande, immer einen Dialyseplatz. Es gibt Patienten, die leben Jahrzehnte an und mit der Dialysemaschine!*

*Jeder 5000ste Deutsche wird dialysiert. Im vereinigten Deutschland gibt es rund 16.000 Dialysepatienten, also etwa 200 pro 1 Million Einwohner. In England sind es statt 200 nur 80 pro 1 Million Einwohner. Und in der Türkei oder in Algerien sind es gar nur 2 Nierenkranke, die pro 1 Million Einwohner dialysiert werden.*

*Die Zahl der Nierenkranken im Endstadium ist aber natürlich überall auf der Welt etwa gleich groß.*

Was bedeutet das? Das bedeutet Folgendes:

Wenn hier in Deutschland alle, nämlich 100% der Nierenkranken im Endstadium der Organfunktion an ihre Dialysemaschine angeschlossen werden, geht im Kampf um den Dialyseplatz dort in der Türkei nur 1 von 100 anderen als Sieger hervor, wahrscheinlich der finanziell oder Einfluß-reichste.

Und das wiederum heißt, zugespitzt formuliert: Während dort, jenseits der Grenze 99 von 100 Nierenpatienten mangels Dialysegerät nicht an die künstliche Niere angeschlossen werden können und im urämischen Koma in den Tod hinüberdämmern, darf hier in Deutschland sozusagen kein Mensch mehr am Nierenversagen sterben, weil er gesetzmäßig (oder sollte ich sagen: routinemäßig oder beinahe zwangsläufig) an die Maschine angeschlossen und dialysiert wird. Es gibt Patienten, bei denen sich der „Segen“ dieser Therapie zum „Terror der Dialyse“ wandelt, den sie nicht mehr ertragen können und daher Suizid begehen<sup>13</sup>.

Könnte es sein, dass unser Reichtum und auch die Bezahlbarkeit all dessen, was medizinisch möglich ist (und was dann auch gemacht wird), Fragen nach Schuld und Schuldigwerden anscheinend überflüssig machen? Bei allen Automatismen in unserem beruflichen oder privaten Leben fragen wir ja auch nicht permanent nach den Hintergründen, schon gar nicht nach Schuld!

Lassen Sie mich an dieser Stelle unserer Überlegungen ein **vorläufiges Fazit** ziehen und gerade anhand der drei geschilderten Fälle nach **Schuld** fragen, nach „**schuldig werden**“ und nach **schuldhaftem Geschehen** seitens der Ärzte.

Aber sofort halten wir wieder inne:

Bleibt uns nicht die Frage nach Schuld sozusagen im Halse stecken?  
Wurde nicht in allen drei Beispielen sehr eindrucksvoll Leben gerettet?

Das des herzkranken Neugeborenen (Fall 1),  
das des Mannes mit dem Infarkt (Fall 2) und  
das des Patienten an der Dialyse (Fall 3)?

Und zwar mit modernen medizin-technischen Methoden, die es vor 5, 20 oder 50 Jahren schlechterdings noch nicht gegeben hat?

In diesem Zusammenhang nach „Schuld“ zu fragen ist doch fast obszön: „Verfehlung gegenüber einem Anspruch“?

Im Gegenteil: der Jahrtausende alte Anspruch der Medizin, Leben zu retten, ist den Ärzten hier doch ganz eindeutig und trefflich gelungen! Genau dieser Anspruch - nämlich Rettung des Lebens - wurde ja bestens erfüllt: also **keine Schuld!**

Dennoch fühlen wir uns irgendwie unbehaglich:

- Ist da noch etwas Unausgesprochenes?
- andere Aspekte, verborgene Probleme?
- haben wir nicht intensiv genug nachgefragt?

Andererseits:

- alles ist ja gut gegangen,
- die hinter allem stehende Philosophie scheint aufzugehen,
- und es gibt keinen offensichtlich „Schuldigen“.

<sup>13</sup> D.Höffler: „Suizidhandlung eines schwerstkranken Dialysepatienten“, Ethik Med 5, 198 (1993)



Was aber, wenn dem nicht so ist?

- Wenn Ärzte und Patienten von den Erwartungen aus ihrer „Reparaturmentalität“ im Stich gelassen werden?
- Wenn Schmerzen nicht alsbald weggehen?
- Wenn die Krankheit sich nicht sofort bessern läßt?
- Wenn eine Heilung unmöglich scheint?
- Und wenn wir erfahren, dass wir eben nicht zu den nur 25% aller Patienten gehören, deren Erkrankung überhaupt heilbar ist?<sup>14</sup>
- Wenn wir vor dem zu Ende gehenden Leben eines Freundes, Verwandten oder von uns selbst stehen?

Dann, ja -

- dann ist die Schuldfrage immer zu hören,
- dann hat etwas oder jemand versagt,
- dann sind vielleicht Fehler im Krankenhaus gemacht worden,
- dann waren die Medikamente nicht richtig ausgesucht,
- dann war der Arzt nicht erfahren genug,
- dann wurde eben doch nicht alles gemacht,
- dann wurden jedenfalls meine Ansprüche verfehlt,

Und dann gibt es sie plötzlich, die **Schuld!**

Allerdings ist es nur selten die wirklich justitiable, die vordergründige Schuld eines Kunstfehlers etwa (die es natürlich auch gibt, und zwar viel häufiger, als wir denken, die wir aber hier nicht besprechen wollen). Sondern es ist

- die Schuld des Versagens eines bestimmten medizinischen Systems.
- ein Fehler in unserem medizinischen Heils- und Weltbild.
- Das Versagens unseres unerschütterlichen Glaubens an das fast immer doch irgendwie Machbare in der Medizin.

Kann es also sein, daß unser Medizinverständnis so ist (oder so geworden ist), daß Fragen nach Schuld und Verantwortung gemeinhin erst dann plötzlich sichtbar werden, wenn wir von unseren Erwartungen enttäuscht sind?  
 Weil unser persönlicher Anspruch verfehlt wurde?  
 Weil wir zu viel erhofft und vorausgesetzt hatten?  
 Weil wir in entscheidende Grenzbereiche gekommen sind?  
 Und weil in Grenzbereichen Schuldfragen immer von elementarer Bedeutung sind?

Hatten wir übersehen, daß unsere postembryonale Herzübertragung, der Infarkt und die Dialyse allesamt Grenzbereiche der Medizin darstellen? Grenzbereiche im Leben eines Menschen, die wir Ärzte und Patienten nur nicht mehr wahrnehmen vor lauter Begeisterung über die Eleganz und Selbstverständlichkeit des Geschehens?

---

<sup>14</sup>  $\frac{3}{4}$  aller Krankheiten sind in unserer, der sogenannten ersten Welt überhaupt nicht heilbar!

Wir spüren, genau hier an einem der entscheidenden Punkte unserer Überlegungen zu sein. Nämlich dort,

- wo wir uns weit von der „Kontur des Menschlichen“<sup>15</sup> entfernt haben,
- wo menschliches Leben zur Tötung freigegeben ist<sup>16</sup>,
- wo verfügt wird und die biotechnische Perfektion bestimmt,
- wo die Ethik der Selbstbestimmung zurück gedrängt wird,
- wo wirtschaftliche Fragen dominant werden<sup>17</sup>, und (ganz entscheidend),
- wo Fragen nach der Schuld des einzelnen Arztes (oder nach dem besonderen einzelnen Krankheitsverlauf) zugleich auch Grundsatzfragen an das Medizinsystem sind, die gar deren tragende Prinzipien hinterfragen.

Stehen wir am Rande eines tiefgreifenden Bedeutungswandels in der Medizin, der sich den Gewinn an Medizintechnik durch einen Verlust an Humanität erkauft?

Ich denke: Ja. Und ich will rasch noch sagen, warum ich das denke.

1. Weil man bei der technikassoziierten Medizin sehr intensiv suchen muss, um auch **nur Ansatzpunkte für ein Nachdenken über Schuld und Verantwortung** zu finden. Das gilt für Ärzte und Patienten! Im Selbstverständnis der modernen Medizin als „Dienstleistungsapparat für die Gesundheit“ besteht **für mit- und zwischenmenschliche Qualitäten** ein **nur noch marginales Interesse**.

2. Weil der moderne Medizinbetrieb sich und uns Patienten häufig über die existentielle Bedrohung durch eine Krankheit und ebenso über die Endlichkeit unseres Lebens hinweg täuscht. Daher werden hier **ethische, philosophische** oder **religiöse Fragen** (etwa nach Schuld und Verantwortung) **kaum gestellt**..

3. Weil wir im Zeichen des Überflusses, nicht im Zustand des Mangels leben! Könnte die Krise in unserem **Gesundheitssystem** nicht *auch* aus dem **Überfluss** resultieren? Technologische Innovationen erzeugen einen Bedarf, den es vorher nicht gab. Weil die Medizin so gut ist, werden immer mehr Menschen am Leben erhalten, aber nicht gesund gemacht. *Per Saldo* erhöht die moderne Medizin die Zahl chronisch Kranker<sup>18</sup>.

4. Weil der typische „moderne“ Mediziner (also der erfolgreiche Lebensretter, der innovative Pharmaproduzent, der Gentechnologe, der CT- oder Kernspindagnostiker, der Stammzellforscher oder der Katheterexperte) in der Regel **nicht**, oder zumindest nicht laut, **nach Schuld fragt**. Er produziert statt dessen immer wieder Neues. Und jedes Produkt und jede Technik von morgen demonstriert der von heute, dass sie von gestern ist.

5. Weil die Dominanz **wirtschaftlicher, also ökonomischer Parameter** in der Medizin immer drängender und beängstigender wird.

Mit diesem etwas düsteren Statement verlasse ich Teil 1 und komme nun zu

<sup>15</sup> G. Altner: „Leben in der Hand des Menschen“ Primus-Verlag (1998)

<sup>16</sup> ebenda

<sup>17</sup> mit der an Zynismus kaum mehr zu überbietenden Feststellung des Konzernchefs des privaten Rhönklinikums, dass „Bedingung für Ethik ist, dass man sie sich leisten kann“ aus: „Medizinethik im Schraubstock der Ökonomie“ von E.A. Richter-Kuhlmann in Deutsches Ärzteblatt Jg. 101Heft 44 (2004)

<sup>18</sup> W. Krämer: „Die Krankheit des Gesundheitswesens“ S. Fischer-Verlag, Frankfurt (1989)

## Hauptteil II

## Fragen der Verantwortung

Verantwortung als „Einstehen müssen für die eigene (medizinisch-ärztliche) Tat“ ist ohne „Verfehlungen, Versäumnisse, kurz: Schuld“ kaum denkbar. Daher wird es natürlich auch bei den folgenden Krankengeschichten Berührungspunkte, Überschneidungen und Verkettungen zwischen diesen beiden Größen geben müssen, wie wir gleich sehen werden.

---

### ***Beispiel 4 das Unfallopfer (Todeszeitpunkt und -definition)***

Als Einleitung zu unserem ersten Beispiel nenne ich Ihnen ein ganzes Bündel von Problemen, die uns nun gleich beschäftigen müssen.

Verantwortung von wem?

(hat nur der Arzt Verantwortung, oder auch der Staat, die Krankenkassen, die Pharmaproduzenten<sup>19</sup>, die Gerätehersteller? Und gibt es nicht auch die Pflicht zur Verantwortung seitens des Patienten?)

Verantwortung vor wem?

(nur vor dem Patienten, vor der Allgemeinheit, also dem Staat, vor den Krankenkassen oder auch Gott gegenüber?)

Verantwortung für wen?

(nur für den einen Patienten? für die Gesundheit Deutschlands? für die in Afrika, in der ganze Welt?)

Verantwortung für was?

(für die aktuelle Erkrankung, den Blinddarm? die weitere Versorgung? Sozialmedizin? Vorsorge?).

Doch nun zu unserem Beispiel:

*Da geht der Notarztpiepser los, ein schrilles Alarmsignal! Folgen Sie mir rasch auf einen Notarzteinsatz. Zu einem schweren Verkehrsunfall. Wir springen in das Auto und fahren los! Mit Blaulicht und Sirene! Was wird uns erwarten? Nach etwa 4 Minuten sehen wir das völlig demolierte Fahrzeug. Wenige Sekunden später sind wir bei der schwerstens verletzten wahrscheinlich jüngeren Frau, so genau ist das jetzt nicht zu erkennen.*

*Sie ist bewußtlos, atmet aber noch spontan und ist über und über blutverschmiert. Rasch haben wir sie intubiert, verbunden, akut versorgt. Sie wird jetzt maschinell beatmet, damit kein Blut in die Lunge läuft. Gleich wird sie mit dem soeben gelandeten Hubschrauber in ein großes Klinikum verlegt.*

---

<sup>19</sup> auf die besonders deutlich in der aktuellen Dokumentation von M. Angell („The truth about the drug companies“, Random House Trade, 2005) hingewiesen wird.

*Fast so schnell wie hier erzählt, ist alles wieder vorbei. Schlagartig fällt die Anspannung von uns ab. Während der Hubschrauber mit Getöse abhebt, machen wir ein paar nichtssagende Bemerkungen, denn: unsere Arbeit ist getan. Langsam und sehr nachdenklich fahren wir zurück zum Standort.*

*Anders bei der Patientin: Dort in der Uniklinik erfolgt die weitere Diagnostik: CT, Röntgen, Ultraschall etc..*

*Das Resultat: Schweres Schädelhirntrauma, Verlust eines Auges, Rippenserienfraktur, Oberarmbruch. Aber keine sogenannten „inneren Verletzungen“, die eine sofortige Notoperation erforderlich machen würden. Allerdings: die Hirnverletzungen sind massiv. Die Prognose ist mithin denkbar schlecht.*

*Aber: Bei fortbestehender Hirndurchblutung und erhaltenen Würg- und Schluckreflexen bestehen klare Hinweise für eine erhaltene Hirnfunktion.*

*Die Therapie erfolgt in der üblichen Weise mit künstlicher Ernährung, Flüssigkeitsgabe, allen pflegerischen Maßnahmen. Auch jetzt sind eingreifende Operationen bis auf einen kleinen Luftröhrenschnitt zur besseren Langzeitbeatmung nicht erforderlich.*

*Übrigens: die Patientin ist Mitte 20 und nicht verheiratet. Die nächsten Angehörigen sind ihre Eltern. Diese berichten von einer Schwangerschaft ihrer Tochter im 4. Monat. Die hinzugezogenen Gynäkologen bestätigen das und zugleich auch, daß keinerlei Besonderheiten oder gar Schäden bei dem Kind erkennbar sind: also eine intakte Gravidität.*

*Die Entwicklung der folgenden 3 Tage ist völlig stabil. Es gibt leider keine Änderung zum Guten. Aber auch keine erkennbare Verschlechterung: völlig regelrechte kindliche Herztöne.*

*Dann kommt es plötzlich zu einem Verlust der Nerven-Reflexe bei der Patientin. Und zu einem Stillstand der Hirndurchblutung.*

*Die ungewöhnlich eingehende neuerliche neurologische Untersuchung durch mehrere Fachärzte bestätigt den „Gehirntod“ und damit nach gängiger Auffassung den klinischen Tod der Patientin. Mit anderen Worten: die Patientin ist jetzt verstorben.*

*Aber: Da ist doch die Schwangerschaft! Die ist noch völlig intakt! Wie soll man entscheiden? Wie würden Sie entscheiden? Was würden Sie „verantworten“?*

*Ohne diese Schwangerschaft könnten alle Maßnahmen beendet werden. Es handelt sich um eine Tote. Vielleicht würde man Organe zur Transplantation entnehmen können. Wenn sich eine entsprechende Erklärung bei der Patientin findet oder wenn die Eltern zustimmen. Soll man der Frau das Herz entnehmen, das jetzt noch schlägt? Oder die Nieren, die sichtbar gut funktionieren, wenn ich sehe, wie der Urin aus dem Blasenkatheter tropft..?.*

*Wir stehen am Krankenbett in dieser Intensivstation und denken:*

*Hier liegt eine Frau, die so tot ist, daß die Entnahme von Organen möglich wäre. Die aber gleichzeitig auch so lebendig ist, daß in ihr eine intakte Schwangerschaft besteht. Das Herz des Kindes schlägt völlig regelmäßig, wie wir am Monitor sehen. Und man meint, die Kindsbewegungen durch die Bauchdecken zu fühlen Bei der Toten, die keine Leiche ist, die noch nicht „zu Ende gestorben“ ist....*

Wir stehen am Bett und müssen entscheiden. Wie würden Sie entscheiden? Was würden Sie entscheiden? Die Grenzsituation, in der wir uns befinden, ist von greifbarer, schwer erträglicher Dramatik!

Übrigens:

Wir sind nicht daheim, unter uns, gemütlich vor dem Fernseher, oder hier in Bayreuth im Hörsaal 18.

Oh nein: Wir stehen im grellen Rampenlicht von Fernsehen, Rundfunk und Presse. Die Öffentlichkeit gafft uns an und weiß natürlich alles. Und sie weiß immer alles auch besser. Es wimmelt nur so von Experten. Sie klagen uns schon an, sie verurteilen uns gar.....

Meine Damen und Herren, Sie haben es längst gemerkt: Wir sind in Erlangen. Ich spreche vom sogenannten „Erlanger Baby“ und schildere Ihnen die Situation, die vor etwas mehr als 1 Jahrzehnt Schlagzeilen machte.

Die Kollegen damals an der Uniklinik waren sich ihres Handelns an ärztlichen Grenzsituationen sehr wohl bewußt. Sie haben ihre **Verantwortung** gespürt und den meines Erachtens einzig richtigen Weg beschritten, der auch in der Retrospektive Bestand hat, nämlich:

1. sie stellen die unterstützende Beatmungsmaschine bei der Toten nicht ab. Damit haben sie das sich völlig normal entwickelnde Kind im Uterus nicht abgetötet, sondern sie lassen es am Leben. Und sie warten damit auch den weiteren spontanen Verlauf ab,
2. sie führen keinerlei weitere Untersuchungen oder Maßnahmen an der Mutter durch, außer den wenigen und minimalen, die für das Kind erforderlich sind,
3. sie unterlassen alles, was experimentellen Charakter hat oder etwa wissenschaftlichen Fragestellungen dienen könnte,
4. aber sie setzen alle erforderlichen pflegerischen Maßnahmen fort, durchsuchen die Fachliteratur zu vergleichbaren Situationen und werden fündig.

Mit Überraschung stellen sie fest, daß die vorliegende Situation keineswegs einmalig und schon gar nicht erstmalig ist. Es hat bereits mehrere derartige Fälle gegeben. Sie endeten zu gegebener Zeit mit einem Kaiserschnitt. Die Kinder überlebten den Tod ihrer Mutter und wuchsen nun zwar ohne Mutter auf, hatten aber keine erkennbaren körperlichen Schädigungen zurückbehalten. Damit kann nun von einem „Experiment“ schlechterdings keine Rede mehr sein.

Entscheidender Unterschied zu Erlangen:

Diese anderen, früheren Fälle wurden im Nachhinein in Fachzeitschriften publiziert und nicht während des Verlaufes im Fernsehen diskutiert.

Zwischenfrage:

- Haben wir, die wir uns noch an den dramatischen Verlauf entsinnen, nicht damals auch zu den „Experten“ gehört, die geurteilt und verurteilt haben?
- die im Besitz der ganzen Wahrheit gewesen sind?
- die natürlich bestens Bescheid wußten?
- die ihre Verantwortung „richtig“ übernommen hätten?

Allerdings mit dem kleinen Unterschied, nicht dort am Bett *selbst* handeln zu müssen. Beispielsweise mit eigener Hand den Beatmungshebel bei der Mutter abzuschalten. Und dann am Monitor zu sehen, wie das Herz des gesunden Kindes bei der nun nicht mehr atmenden Mutter plötzlich anfängt, bei akutem Sauerstoffmangel loszurasen, um dann bald träge zu werden und mit einigen letzten verzweifelten Aktionen zu ersterben, sichtbar an der Nulllinie des kindlichen Monitor-EKGs ....

Zurück nach Erlangen auf die Intensivstation der Uniklinik.

*Die weitere kindliche Entwicklung verläuft zunächst über 5 Wochen völlig ungestört. Es sind keinerlei wesentliche chirurgische oder sonstige Eingriffe an der hirntoten Mutter erforderlich.*

*Im Rahmen eines fieberhaften Infektes, wohl einer Lungenentzündung der Mutter, ist es dann schließlich doch zum Tode auch des Kindes gekommen.*

*In der Retrospektive: Nichts anderes als klinische Routine. Trotz aller menschlichen Tragik. Und trotz der erheblichen psychischen Belastungen von Angehörigen und Pflegenden.*

Dennoch bleiben Fragen:

- Ist diese junge „hirntote“ Frau wirklich tot?
- Obwohl das Herz schlägt, die Lunge atmet, die Nieren Urin absondern und ihre Haut rosig und warm ist, wenn ich ihre Hand berühre?
- Erleben wir hier so etwas wie die „Unfaßbarkeit der Todesgrenze“?
- Wächst da in einer „tatsächlich Toten“ ein Kind heran?
- Bediene ich mich also eigentlich nur ihres noch gut durchbluteten, funktionstüchtigen Uterus?
- Kann ich diese Frau dann mit Fug und Recht nur noch als Sache, als eine riesige Zellkultur, als das „fötale Umfeld“ des Kindes betrachten?
- Hätte es doch noch andere Wege aus dem Dilemma der Hirntoddefinition gegeben, dem Zwiespalt zwischen Freiheit des Sterbenden und Pflichten des Arztes?

Wir ahnen, daß wir - wie so oft - nicht für alle Unklarheiten und Probleme eine befriedigende Antwort bekommen können. In Erlangen sind Grenzen erreicht und akzeptiert, sehr intensiv und verantwortlich diskutiert, aber nach meinem Verständnis nie überschritten worden!

Wenn wir noch drei Minuten bei diesem Krankheitsverlauf bleiben, um über **Verantwortlichkeiten** und auch **Schuld** nachzudenken, komme ich auf die eingangs gestellten Fragen zurück.

Wir stellen fest, daß das medizinische Geschehen bei dem Unfallopfer (zumindest in den ersten Tagen) „problemlos“ abläuft. Es herrscht klinische Routine. Und es gibt einfach übernommene oder auch übertragene Verantwortlichkeiten. Von Schuld ist bisher keine Rede.

Doch dann der tragische Bruch: die Mutter stirbt, das Kind in ihr lebt.

Jetzt plötzlich bekommen unsere Fragen eine hohe Brisanz:

- Trägt nun immer noch „nur“ der Arzt (welcher von den vielen?) die Verantwortung? Oder auch die Eltern der soeben Verstorbenen? Oder der Staat (wie auch immer er sich darstellt), die Medien?  
Sie entsinnen sich unserer Eingangsfrage: Verantwortung von wem?
- Auf wen bezieht sich die Verantwortung? Auf die Verstorbene (für sie ist medizinisch jetzt nichts mehr zu tun)? Kann sie beerdigt werden? Mit lebendem Kind in ihr? Oder sollen wir doch der Toten Medikamente, Nahrung und zu trinken geben?
- Muss sich nun unsere Verantwortlichkeit allein auf das Ungeborene beziehen? Was bedeuten würde, nein: was bedeuten muß, daß man die „Überlebenssysteme bei der Verstorbenen“ (welch irrwitzige Formulierung: „Systeme zum Überleben bei einer Toten“) möglichst perfekt weiter laufen läßt. Der gleiche Ablauf übrigens wie bei jenen Verstorbenen, denen Organe für eine Transplantation entnommen werden.  
Sie denken an die Eingangsfrage: Verantwortung wofür?
- Dieses Beispiel zeigt uns ferner auch: die Verantwortlichkeit erstreckt sich gleichermaßen auch noch auf eine große Zahl weiterer Beteiligten:
  - mit den Eltern der Frau werden immer wieder lange Gespräche geführt,
  - das Pflegepersonal bedarf der Führung und Betreuung, Zweifel und Bedenken müssen angehört und mit getragen werden.
  - Nicht alle sind der gleichen Meinung, es gibt Spannungen und Verzweiflung, Intensivschwestern melden sich krank.
 Sie entsinnen sich der Eingangsfrage: Verantwortung für wen?  
Also Erweiterung der Verantwortlichkeit auf den sozialmedizinischen Bereich, eine Verschiebung von technisch-medizinischen hin zu ärztlich-mitmenschlichen Schwerpunkten.

Am Ende dieser sehr langen „Fallbesprechung“ noch ein letzter Gedanke zur Übernahme von Verantwortung: muß immer jeder einzelne für sich entscheiden oder kann es auch einen kollektiven Entschluß geben, dieses oder jenes zu tun oder zu unterlassen?

Meine persönliche Antwort hierauf klingt so:

- Das Kollektiv, die „Ethikkommission“, die Gruppe, die Pflegenden, die Angehörigen sind immer im Gespräch und bei der Suche, den rechten Weg zu finden, mit eingebunden und daher entscheidend wichtig.
- Am Ende aber hat dann doch jeder für sich allein eine Entscheidung zu suchen, zu finden, zu treffen, zu tragen und auch zu verantworten.
- Die **Verantwortung** für das ärztlich-medizinische Geschehen jedoch hat allein der behandelnde Arzt. Im allgemeinen mit Einverständnis des Patienten, im Extremfall nach dem mutmaßlichen Willen des (nicht ansprechbaren) Patienten. Und so wird der Arzt auch eine mögliche **Schuld** ganz allein auf sich nehmen müssen.

Genau dies mag ein weiteres Beispiel in aller Deutlichkeit demonstrieren:

### **Beispiel 5 der Intensivpatient**

**(Fehldiagnose, -entscheidung)**

Wahrscheinlich werden Sie sehr nachdenklich und betroffen sein, wenn Sie jetzt das hören, was mir vor einigen Jahren ein hochangesehener, sehr erfahrener, ebenso kluger wie liebevoller und fürsorglicher Theologe erzählte, als es um die Entscheidung in einem sog. „hoffnungslosen Fall“ ging.

Dieses Beispiel zeigt die Logik bedrückend deutlich, nach der wir Ärzte Fehler nie absolut sicher vermeiden können: Wir sind – systemimmanent – eben nicht unfehlbar, wie jener Pfarrer uns zeigt.

*Er berichtete mir über viele lange und sehr ernste Gespräche auf der Intensivstation einer Uniklinik mit Schwestern und Ärzten, Sozialarbeitern und Angehörigen. Dabei geht es um einen jungen Patienten. Er hat im Rahmen eines Unfalles ein Versagen vieler Organe. Also Anschluß an eine künstliche Niere und an die maschinelle Beatmung, eine Sonde für die künstliche Ernährung, eine bilanzierte Salz-Wasser-Zufuhr.*

*Dann natürlich die höchst komplexe Pflege bei schwerster Hirnschädigung. Der Patient liegt in tiefer Bewußtlosigkeit und hat keinerlei Eigenreaktionen. Das Bild eines „Hirntoten“. Wochenlang keine Besserung, eher allmähliche Verschlechterung, offensichtlich also der Übergang in ein langsames, qualvolles Sterben.*

Stellen Sie sich bitte einen Ihnen sehr nahestehenden Menschen in dieser schweren, verzweifelten Situation vor! Dann ahnen Sie sehr gut: Schwer erträgliche Belastung für Angehörige, für Schwestern, Pfleger und natürlich auch für die Ärzte....



*Eigentlich wollen alle auf Station das Sterben dieses Patienten „zulassen“. Die maschinen-bedingte Verlängerung des Todeskampfes wird immer quälender und unerträglicher. Dennoch wagt keiner, den letzten entscheidenden Schritt vorzuschlagen, nämlich endlich die Maschinen abzustellen.*

Ist nicht genau dieses „an den Maschinen hängen“ der Grund dafür, dass die fraglos positiven Aspekte der modernen Intensivmedizin plötzlich in Verruf geraten?

Mir fällt in diesem Augenblick eine Formulierung aus dem 2. Vortrag dieser Reihe vom 10. November ein, in der unser Thema aus Sicht der Medien diskutiert wurde. Dort war von „rasendem Stillstand“ die Rede<sup>20</sup>. So hier: aktivste Technik, rasende Apparate, blinkende Monitore aber eigentlich Stillstand des Lebens.

Als würde immer häufiger „zu viel gemacht“, als wäre – wie ein befreundeter Kollege es formulierte – „...das Sterben an den Apparaten in der Intensivmedizin die letzte Bürgerpflicht eines jeden im Staate Deutschland...“<sup>21</sup>?

*Daher waren alle wie erlöst, als jener Pfarrer in einer der vielen Besprechung auf der Intensivstation schließlich sagte, daß er für sich eine Beendigung dieser „Therapie“ würde in Anspruch nehmen wollen. Folglich könnte er eine solche Entscheidung auch hier, für diesen Patienten, mit tragen.*

*Es war dann wie eine große Erleichterung, als nun jeder seine sozusagen geheime persönliche Meinung bestätigt sah und man gemeinsam (!) endlich auch diese schwierigste Möglichkeit, nämlich die Behandlung zu beenden, erneut besprach und der verantwortliche Arzt die Einstellung der Intensivmaßnahmen anordnete beziehungsweise ausführte.*

*Etwa zwei Monate später klopft es an die Tür jenes Krankenhauspfarrers. Als sie aufgeht, steht ein schmaler, blasser junger Mann im Zimmer und sagt: „...ich bin der Patient, bei dem Sie mit entschieden haben, alle Maschinen abzustellen...“*

Ich weiß nicht, ob Ihnen dabei auch ein eisiger Schauer den Rücken hinab läuft. Oder ob Sie kühl feststellen, daß er vielleicht sogar gerade deshalb überlebt haben könnte, weil die Maschinen abgestellt wurden.

An diesem Beispiel wird uns klar,

- dass wir uns hier wieder an den Grenzen ärztlichen Handelns bewegen,
- dass „Verantwortung übernehmen“ auch heißen kann, eine falsche Entscheidung getroffen zu haben und so schuldig zu werden,
- dass es nach einer im Kollektiv getroffenen schweren Entscheidung durchaus für jeden einzelnen leichter sein kann, die Konsequenz auch bei einer Fehlentscheidung mit zu tragen,
- dass aber das Kollektiv mich, den behandelnden und allein verantwortlichen Arzt, in keinem Falle entschuldigt oder entschuldet<sup>22</sup>.

<sup>20</sup> E.Müller: „TV-Formate und die Grenzen des Zeigbaren“ in „Religion am Donnerstag“, WS 2005

<sup>21</sup> J. Bickhardt: mündliche Mitteilung

<sup>22</sup> Denn nur mit dem Arzt besteht ein Behandlungsvertrag, der im übrigen natürlich auch ohne Notar und schriftliche Fixierung immer dann zwischen Arzt und Patient wirksam wird, wenn beide aus beruflich-medizinischen Gründen miteinander Kontakt aufnehmen.

Einen abschließenden Gedanken will ich rasch noch einfügen, weil dies auch für unsere letzte Patientin, über die ich gleich berichte, von Bedeutung ist:

Der Arzt hat immer nach bestem Wissen und Gewissen zu handeln. Das klingt phrasenhaft und ziemlich banal, heißt aber gleichzeitig auch, immer drei Leitlinien im Auge zu haben.

Es handelt sich hierbei:

1. um die **Patientenautonomie** (die Entscheidungsfreiheit des Patienten, also seine Selbstbestimmung)
2. das **Patientenwohl** (was ist für ihn -vermutlich- das Beste), und
3. um die **Behandlungspflicht** des Arztes (Beseitigung von Krankheiten oder Schmerzlinderung)

Das Vorliegen einer Patientenentscheidung ist hilfreich, der Ermessensspielraum des Arztes hierbei groß. Denn das Gewicht der Verantwortung („über Tod oder Leben“!) wird von den einzelnen Ärzten höchst unterschiedlich empfunden: Je nach ihrer Persönlichkeitsstruktur, ihrem Charakter, dem Lebensalter und der Erfahrung, einem religiösen Hintergrund, der Intensität der Beziehung zu dem betreffenden Patienten u.s.w..

---

### ***Beispiel 6 der Torso***

***(passive Euthanasie)***

Wie allein man als der verantwortliche Arzt sein kann, soll Ihnen unser letztes Beispiel zeigen, das mich selbst damals sehr bewegt und belastet hat.

Folgen Sie mir also noch einmal mit auf unsere Station in jenem kleinen Krankenhaus zur Visite! Ich werde Sie jetzt direkt mit einbinden in den Entscheidungsprozess und sage Ihnen nur noch rasch vor dem Krankenzimmer, dass Sie jetzt eine erschreckend kranke Frau sehen werden.

*Zunächst aber fällt uns, wenn wir in das Zimmer kommen, ein alter Mann auf, der in einem Stuhl neben dem Krankenbett sitzt. Er sieht uns erwartungs-, und wie wir glauben, auch hoffnungsvoll entgegen.*

*Dann bittet er darum, bei seiner Frau „alles zu tun“ und streichelt ununterbrochen den bewegungslos auf dem Betttuch liegenden Arm seiner Frau, der Patientin, der wir uns nun zuwenden.*

*Sie ist fast 70 Jahre alt und hat keine Beine mehr. Beide mußten wegen einer diabetischen Gefäßerkrankung am Rumpf abgetrennt, amputiert werden. Ein späterer Schlaganfall führte zur Lähmung des einen Armes und zum Verlust der Sprache. Man kann sich eigentlich nicht mehr mit ihr verständigen, da sie zusätzlich eine weit fortgeschrittene Schwerhörigkeit hat, im Prinzip also taub ist, und - als weitere Folge des Diabetes - auf beiden Augen blind.*

*Was wir nicht sehen, aber ergänzend aus der Krankengeschichte entnehmen, sind ein sehr hoher Blutdruck, sehr hohe Blutzucker- und Blutfett-Werte, eine Herzschwäche, eine Anämie, also Blutarmut, und eine Störung des Knochen- und Muskelstoffwechsels bei jahrelanger Bettlägerigkeit.*

*Die Patientin atmet etwas schwer. Sie ist – trotz stärkster wassertreibender Mittel - voller Flüssigkeit, da nun auch die Nieren ihren Dienst versagen. Dabei haben die angestiegenen Nierenwerte im Blut zu einer – barmherzigen? – Benommenheit geführt. So reagiert die Patientin nicht auf die Berührung ihres Mannes. Sie gibt keinen Laut von sich. Wir nehmen keine Bewegung wahr. Sie scheint nicht unter Schmerzen, Hunger oder Durst zu leiden.*

Trotz dieser schier erdrückend langen Symptomenliste sind unsere therapeutischen Möglichkeiten noch nicht ganz am Ende:

Wir haben jetzt zu entscheiden („tun Sie alles“!), ob wir apparativ den quälenden Flüssigkeitsüberschuß aus dem Körper, dem „Torso“, entfernen, die Patientin also an die künstliche Niere anschließen und mit der Dialyse beginnen sollen.

Ehe ich diese Fragen an Sie stelle und Sie um Mitentscheidung bitte, noch der Hinweis, daß wir von der Patientin selbst nichts in Richtung Patientenverfügung, Therapiebeschränkung oder ähnliches aus früheren Tagen wissen.

Aber wir wissen, daß die Familie sehr an ihrer Mutter hängt, daß der Ehemann die letzten Jahre(!) ausschließlich für die hingebungs- und liebevollste Pflege seiner Frau gelebt hat. Er war Tag und Nacht um sie besorgt. Sie ist sichtbar und spürbar zu seinem zentralen, ja einzigen Lebensinhalt geworden: dieser gehörlose, stumme, blinde, bewegungslose, menschliche Torso.

Wo also stehen wir? Unter einem riesigen technischen, medizinischen, auch: finanziellen Aufwand ist eine Dialyse „machbar“ und möglich. Eine Behandlung, die, einmal begonnen, jeden zweiten Tag stattfinden muß. An jedem zweiten Tag kommt ein Krankenwagen, lädt die Patientin ein, fährt sie zu einer Dialyse-Station, rund 30 km entfernt, und holt sie nach 5 bis 6 Stunden wieder ab.

Aber: Sie können der Patientin hierbei nicht erklären, was mit ihr geschieht, Sie haben nicht deren Einverständnis (das des Mannes hätten Sie natürlich). Und Sie wissen nicht, um welche Zeit Sie dieses Leben verlängern. Sind es Wochen oder gar Monate? Sicher nicht mehr!

Andererseits: Ohne Dialyse kann dieses Leben in Tagen, höchstens Wochen zu Ende sein. Und ohne Dialyse werden Sie die bittersten Vorwürfe der Angehörigen bekommen.

Sie haben noch eine Galgenfrist bis zu Ihrer Entscheidung, denn ich möchte Ihnen vorher noch eine persönliche Frage stellen:

- Könnten Sie sich vorstellen, jetzt, wo Sie wohl einigermaßen gesund sind, so leben zu können, zu müssen, wie unsere Patientin?
- Mehr noch: unter Inkaufnahme zunehmender weiterer Belastungen, nämlich der Dialyse, dieses Leben auch noch verlängert haben zu wollen?

- Beidseits beinamputiert, gelähmt, inkontinent, blind, taub, stumm. Möglicherweise mit Schmerzen. Eine Heilung ist überhaupt nicht denkbar, weitere Komplikationen dagegen sind absehbar.
- Sollen wir um des Ehemannes willen den Tod sozusagen maschinell hinauszögern? Die Patientin kann uns die Entscheidung nicht abnehmen, sie ist stumm!.

Dies alles bedenkend würde möglicherweise fast jeder von Ihnen die Behandlung mit der künstlichen Niere ablehnen und für sich ausschließen.

Aber: Wer gibt Ihnen eigentlich die Sicherheit, dies zum jetzigen Zeitpunkt auch für diese Patientin definitiv auszuschließen?

- Könnte es nicht sein, daß sie immer noch so sehr an diesem Leben hängt, daß sie auch weiterhin alles, auch die Dialysebelastung, akzeptieren würde?
- Könnten Sie dies mit Sicherheit ausschließen?
- Oder will sie nun doch endlich sterben?
- Sehnt sie nicht vielleicht gar das Ende dieses offensichtlich auf ein Minimum reduzierten Lebens herbei?
- Möchte sie vielleicht von ihrem Mann „in Frieden gelassen“ werden?

All das wissen wir nicht. Aber wir, nein: SIE müssen entscheiden! Tun Sie es jetzt! Wie in der billigen Fernsehsendung! Drücken Sie jetzt

Rechts	auf den grünen Knopf	Dialyse „ <u>ja</u> “	-	(weiterleben) oder
Links	auf den roten Knopf	Dialyse „ <u>nein</u> “	-	(bald sterben)

Ich merke: Sie fühlen sich äußerst unwohl! Es bleiben Zweifel, Sie werden Ihre Unsicherheit nicht los, Sie empfinden ein Schuldgefühl und die Last der Verantwortung!

Mein Kommentar zu den **Aktiven** von Ihnen, welche die Patientin jetzt nicht sterben lassen wollen, die sich für das Weiterleben entschieden haben. Sie übernehmen also die Verantwortung dafür, alles zu tun.

Sie wollen also dem Ehemann, der am Bett seiner Frau sitzt und alles dafür geben würde, um dieses Restleben zu erhalten, auch weiterhin sagen „wir packen das schon“!

Und Sie haben recht: es besteht durchaus eine gewisse Logik für das Weitermachen mit dem Argument, daß man den Diabetes dieser Frau ja auch mit Insulin behandelt. Und wir haben doch bei einer Lungenentzündung keinen Augenblick gezögert, Antibiotika zu geben!

Ist es dann nicht ganz logisch und folgerichtig, auch eine Nierenersatztherapie einzuleiten, wenn jetzt dieses Organ Probleme macht?

Wir haben genug künstliche Nieren in Deutschland, also braucht keiner mehr am Nierenversagen zu sterben, und sei er noch so elend dran. Unser Thema von vorhin! Wir haben alle modernen Möglichkeiten der Intensivtherapie, also nutzen wir sie auch aus! Wir bieten sie der Patientin an! Ob sie es will oder nicht, ob sie zustimmt oder nicht, ob sie es ertragen möchte oder nicht, ob sie es erleiden kann oder nicht.

Sie übernehmen also die Verantwortung und kämpfen um das Leben dieser Frau, sie „tun alles“!

Niemand wird Ihnen etwas vorwerfen können.

- Weder ein Jurist (Sie haben der Patientin nichts vorenthalten),
- noch die Patientin selbst (sie kann ohnedies nicht mehr reden),
- und der Ehemann stimmt allem zu und klammert sich begeistert an den Dialyseapparat.

Und nun zu den **Zuwartenden**, den Zögerlichen von Ihnen, denen, die sich vielleicht als besonders „human“ sehen. Sie übernehmen also die Verantwortung dafür, nichts zu tun!

Sie setzen sich zu dem Ehemann und sagen ihm, dass wir die Patientin nicht mehr an die Dialyse anschließen wollen! Weil dies sicher mit größeren chirurgischen Eingriffen, natürlich auch mit Schmerzen, und mit viel Unruhe erkaufte werden müsste. Und weil nicht immer alles, was den Ärzten glückt auch ein Glück für die Patienten ist.

Also Einspruch gegen jede Allmachtsillusion! Keine Apparate mehr!

Auch deshalb nicht, weil es nur eine absehbar kurze Verlängerung ihres zu Ende gehenden Lebens wäre, weil die nächste, dann nicht mehr beherrschbare Komplikation quasi vorprogrammiert ist.

Natürlich auch ohne Anlegen dieser schrecklichen PEG. Jener grässlichen, sterbeverzögernden Magensonde zur pflegeleichten Langzeitkonservierung und Zwangsernährung zumeist höchstbetagter Todkranker. Mit der jährlich 140.000 Patienten in Deutschland beglückt werden<sup>23</sup>. Noch einmal: alle 4 Minuten, Tag und Nacht, Woche für Woche, Monat für Monat bekommt irgendwo in Deutschland ein Sterbenskranker eine Magensonde „appliziert“.

Sie sind also zurückhaltend mit dem Einsatz aller Techniken, weil der Versuch, die Endlichkeit des Menschen zu überwinden, ja doch so sichtbar scheitern muß. Sie bleiben abwartend und hoffen auf ein ruhiges Sterben in Würde. In diesem kleinen Zimmer, bei Anwesenheit des Ehemannes, unter medikamentöser Hilfe zur Dämpfung der Atemnot.

Aber mit dem eindeutigen und ganz sicheren Risiko, Vorwürfe zu bekommen vom Ehemann, bei ihm kein Verständnis zu finden und auch mit der Unsicherheit, nicht den erklärten Willen der Patientin zu kennen?

Ich möchte diese letzte Krankengeschichte nun auflösen:

*Drei Tage später ist die Patientin in unserem kleinen Krankenhaus ohne Dialyse ruhig gestorben. Durch seine fürsorgliche Betreuung hat das Pflegepersonal ein Sterben in Würde zugelassen.*

Drei Jahren später kommt der Ehemann zu mir und sagte, daß er jetzt erst seine tiefe Erbitterung gegen die Ärzte und seinen Groll (besonders gegen mich) überwunden habe. Und er fügte an, daß er damals aus Angst vor der Leere und Einsamkeit wohl mehr an sich als an seine Frau gedacht hätte....

<sup>23</sup> M.Strätling u.a.: „Künstliche Ernährung: Gut gemeint ist nicht immer gut gemacht“ Deutsches Ärzteblatt 102, 2153 (2005).

Gibt es ein abschließendes Resümee zu diesem Krankheitsverlauf?

Wieder kann ich Ihnen keine eindeutige Antwort geben, ob wir hier unserer Verantwortung gerecht geworden sind, ob also der aktive Arzt oder der zurückhaltende, gar beide oder keiner von ihnen verantwortlich gehandelt hat.

Wir verlassen nun unsere Patienten. Und ich verzichte auf meinen als „sorgenvoll und skeptisch“ angekündigten **Ausblick**, um statt dessen das mir Wichtige dieser Stunde in 4 Sätzen so zusammenzufassen:

### Zusammenfassung

1. Die Axiome „Schuld“ und „Verantwortung“ sind als Leitschnur und Orientierungshilfe in der modernen Medizin trotz ihrer fundamentalen Bedeutung zunehmend in Vergessenheit geraten. Es ist dringend, sich ihrer erneut zu erinnern.
2. Im Sinne einer allgemeingültigen Norm sind die Begriffe „Schuld“ und „Verantwortung“ im ärztlich-medizinischen Bereich allerdings nur schwer fassbar<sup>24</sup>. Für jeden Einzelfall, jeden Patienten, jedes Geschehen sind jedoch situative Handlungsmaximen dringend nötig und müssen immer wieder neu definiert werden.
3. Beide Begriffe sind einem laufenden, den aktuellen Entwicklungen und Forschungsergebnissen angepassten Bedeutungswandel unterworfen. Dabei ist entscheidend, dass es immer und ausnahmslos um das direkte ärztliche Handeln am Patienten geht, und eben nicht primär um Techniken oder gar ökonomische Parameter<sup>25</sup>.
4. Muss wenigstens im letzten Satz noch auf die völlig andere Dimension von Schuld und Verantwortung hingewiesen werden, die sich beim Blick auf das medizinische Geschehen in der sog. Dritten Welt – beispielsweise in Afrika – darbietet<sup>26</sup>, wo allein im Zeitraum dieser einen Stunde unserer Vorlesung 1500 Kinder an im Prinzip heilbaren Krankheiten verstorben sind<sup>27</sup>.

Ich habe mit einer persönlichen Vorstellung begonnen und möchte nun mit einem ebenfalls persönlichen Bekenntnis schließen. Nämlich dem, dass dieser letzte Gedanke mich am allermeisten umtreibt, wenn wir über die Relevanz von Schuld und Verantwortung in der modernen Medizin reden. Denn es geht hierbei nämlich sowohl um den einen Patienten vor uns, den wir hier daheim mit unseren Augen sehen. Aber eben auch um jene da draußen, die uns mit ihren Augen um Hilfe bitten. Doch das wäre noch mal eine eigene Vorlesung wert....

<sup>24</sup> in einer aktuellen Untersuchung (Bartels, S. u.a. „Wie hilfreich sind „ethische Richtlinien“ im Einzelfall?“ Ethik Med 17, 191 (2005)) wird gezeigt, dass es bei einer identischen Kasuistik zu unterschiedlichen Entscheidungen in Deutschland, England und der Schweiz kommt.

<sup>25</sup> K. Dörner: „Die Gesundheitsfalle“ Econ (2003).

<sup>26</sup> E. Uhlich: „Briefe aus zwei Welten“ BoD (2001).

<sup>27</sup> Eine Todesrate, die ganz Bayreuth innerhalb von nur 2 Tagen von der Landkarte streichen würde.